

IMPORTANTE: NO FIRME ESTE FORMULARIO SIN LEER Y ENTENDER SU CONTENIDO.

1. Consentimiento para tratamiento/servicios médicos y procedimientos quirúrgicos

Por la presente autorizo al Proveedor, al/los profesional(es) a cargo de mi tratamiento y a quien(es) seleccionen como su(s) asistente(s), para que me brinden el tratamiento médico razonable y necesario, que incluye, entre otros, atención de emergencia, administración de medicamentos aprobados, atención de enfermería y servicios de radiología y patología. Entiendo que es responsabilidad de mi médico o cirujano obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales o servicios hospitalarios brindados según las instrucciones generales y especiales del médico. Entiendo que, en muchos casos, los médicos y cirujanos que me prestan servicios son contratistas independientes y no son empleados ni agentes del Proveedor. Si estoy incapacitado y no puedo dar mi consentimiento y autorización como se mencionó anteriormente, dicho consentimiento y autorización puede ser otorgado por cualquiera de las personas que están autorizadas para otorgar consentimiento para recibir tratamiento quirúrgico o médico en mi nombre, de conformidad con La. R. S. 40:1299.53.

2. Muestras

Autorizo y doy mi consentimiento para la conservación, el examen, la prueba, la retención, el uso, incluido, entre otros, el uso con fines científicos, diagnósticos, terapéuticos o educativos, o la eliminación por parte del Proveedor, a su discreción, de cualquier muestra, tejido, material o sustancia que pueda eliminarse durante un procedimiento de diagnóstico, una intervención terapéutica o un tratamiento médico.

3. Fotografías

Doy mi consentimiento para fotografías, videos, imágenes digitales o de otro tipo que puedan grabarse para documentar mi atención. Entiendo que estas imágenes se pueden usar para el tratamiento, las funciones de atención médica, fines científicos, educativos, de investigación, identificación de pacientes o de seguridad. Entiendo que estas imágenes se almacenarán de manera segura y solo se utilizarán por otros motivos distintos a las que se describen anteriormente con mi autorización por escrito, o según lo permita la ley.

4. Telemedicina

Doy mi consentimiento para que algunos o todos los servicios médicos sean proporcionados por video u otra tecnología de telecomunicación interactiva según lo permitido por la ley. Entiendo que puedo rechazar recibir servicios médicos a través de la telemedicina o retirarme de dicha atención en cualquier momento.

5. Educación

He sido informado y entiendo que el Proveedor es una institución de enseñanza y que los procedimientos realizados pueden requerir observación, cooperación y servicios de múltiples profesionales de atención médica. Autorizo y entiendo que mi cuidado puede ser proporcionado por estudiantes de enfermería, técnicos, terapeutas, pasantes, residentes, becarios y otros proveedores y observadores, que son supervisados por profesores y/o personal calificado, de acuerdo con las políticas del Proveedor. También doy mi consentimiento para la presencia de los representantes del fabricante durante ciertos procedimientos, para observar y proporcionar consultas técnicas a los médicos a discreción y aprobación de los médicos y del Proveedor.

6. Medicamentos

A menos que mi médico especifique lo contrario, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que el Proveedor administre medicamentos químicamente idénticos o terapéuticamente comparables



("genéricos") de una lista de medicamentos aprobada por el personal médico del Proveedor, como parte de su sistema de vademécum.

7. Dispositivos

Doy mi consentimiento para desechar el dispositivo médico explantado a menos que solicite específicamente que se conserve antes del procedimiento.

8. Sin garantías

Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que NO SE ME HA DADO NINGUNA GARANTÍA O SEGURIDAD con respecto al pronóstico y/o al resultado de cualquier tratamiento/servicio médico.

9. Sangre

Entiendo que, si algún hospital, personal médico de emergencia, médico u otra(s) persona(s) se exponen o informan una exposición a mi sangre o fluidos corporales, se analizará mi sangre para detectar infecciones de transmisión hemática, incluidas, entre otras, las hepatitis B y C así como el VIH/SIDA. Entiendo que puedo rechazar la prueba del VIH si es para un examen de rutina. Entiendo que la ley estatal requiere que el Proveedor y/o el médico informen al Departamento de salud del estado sobre ciertas enfermedades infecciosas, incluidas las enfermedades de transmisión sexual.

10. Exención de responsabilidad por la pérdida de bienes personales

El Proveedor recomienda a los pacientes y las familias a NO guardar dinero ni objetos de valor en las instalaciones del Proveedor; estos artículos debe dejarlos en su casa o con familiares u otros cuidadores. Algunas instalaciones del Proveedor tienen áreas seguras designadas para la custodia del dinero y los objetos de valor (incluidos, entre otros, dinero, joyas, documentos, pieles, dentaduras postizas, anteojos, audífonos, prótesis u otros bienes personales). El Proveedor no será responsable por la pérdida o daño de cualquier pertenencia personal que no se haya depositado formalmente en un área segura designada.

11. Asignación de beneficios

Por la presente, cedo y autorizo, ya sea que firme como agente o como paciente, el pago directo al Proveedor y/o a cualquier médico del hospital de todos los seguros y beneficios del plan de salud, incluidos, entre otros, los beneficios del programa federal de atención médica, que de otra manera serían pagaderos a mi favor o en mi nombre, para esta hospitalización o para estos servicios ambulatorios, incluidos los servicios de emergencia si se prestan. Por mi parte, entiendo que soy financieramente responsable ante el Proveedor por los cargos no cubiertos por esta asignación.

12. Autorización para llamadas, textos y correos electrónicos relacionados con la atención médica

Autorizo al Proveedor, sus empleados, agentes, representantes y/o personas designadas a que me contacten utilizando mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el servicio de marcación automática a cualquier número de teléfono (incluido un teléfono inalámbrico) que le comunique al Proveedor. Este consentimiento y autorización se aplicará a los mensajes de texto que se envíen a los números inalámbricos que le comunico al Proveedor, así como a los correos electrónicos que usen cualquier dirección de correo electrónico que proporcione al Proveedor.

13. Autorización para divulgar información

Por la presente, autorizo al Proveedor a obtener mi información médica de otros profesionales y proveedores de atención médica, según sea necesario para mi atención y tratamiento. Autorizo al Proveedor a divulgar, para revisión y/o copia, toda información médica compilada durante mi admisión según lo solicite mi compañía de seguros (privada o gubernamental, es decir, Medicare o Medicaid), u otro



tercero con responsabilidad financiera y/o su(s) agente(s) designado(s), para mis determinaciones de beneficios, el pago por los servicios que se me brindaron y la determinación de la conveniencia de mi internación o la continuidad de la misma, y la duración de mi permanencia en la instalación del Proveedor. **SALVO LO EXPRESAMENTE DISPUESTO AQUÍ**, además autorizo al Proveedor a divulgar mi información médica a las personas que participan de mi atención. Entiendo que algunos de estos profesionales y proveedores pueden ser personas o entidades independientes que participan de mi atención médica. Entiendo que las regulaciones estatales y federales también pueden exigir que el Proveedor divulgue información sobre mí con fines de seguridad o salud pública, incluidos, entre otros, informes para los registros de vacunación.

Además, entiendo que el Proveedor pertenece, directa o indirectamente, al Intercambio de Información Médica de la Zona Metropolitana de Nueva Orleans (Greater New Orleans Health Information Exchange, GNOHIE). GNOHIE permite que otros proveedores accedan a sus registros de salud, incluidos su historial de salud, los medicamentos que toma, los resultados de las pruebas, los informes quirúrgicos, las notas de alta del hospital y otra información de salud. El intercambio de esta información ahorra tiempo y ayuda a los proveedores a brindarle una mejor atención. Si no desea que GNOHIE comparta sus registros, puede "realizar la exclusión voluntaria" de GNOHIE en cualquier momento llamando al número gratuito 1-855-446-6443 o visitando el sitio web en www.gnohie.org y haciendo clic en "Preguntas frecuentes". Sus registros de tratamiento, pago y operaciones se compartirán hasta que GNOHIE reciba su directiva de "exclusión voluntaria". Además, entiendo que el Proveedor puede participar en intercambios de información seguros diseñados para promover una atención eficiente y de alta calidad. Estos intercambios permiten que otros proveedores accedan a sus registros de salud, incluidos su historial de salud, los medicamentos que toma, los resultados de las pruebas, los informes quirúrgicos, las notas de alta del hospital y otra información de salud. Si no desea compartir sus registros con estos intercambios, puede "realizar la exclusión voluntaria" en cualquier momento enviando un Formulario de exclusión completo y firmado por correo a LCMC/Children's Medical Records Department, 1033 Calhoun Street New Orleans LA 70118, o por fax al 504 896-9214. Si opta por no participar en estos intercambios, será excluido de todos los intercambios en los que el Proveedor participe.

14. Acuerdo financiero

Por la presente, me comprometo a pagarle al Proveedor todos los cuidados, servicios y tratamientos que reciba, de acuerdo con los honorarios normales y la estructura tarifaria del Proveedor. Si estoy cubierto por un plan de salud o una póliza de seguro, acepto proporcionar información actualizada y precisa antes o en el momento de la admisión/registro. Certifico que toda la información que he proporcionado o que he compartido con el Proveedor es verdadera y exacta y que he cumplido con todos los requisitos de la compañía de seguros para las referencias, las autorizaciones previas y la cobertura familiar a fin de evitar la negación de pagos. Entiendo que si no cumplo con estos requisitos, seré responsable de la factura. Si soy elegible para recibir beneficios bajo un plan de servicio de atención médica con el cual el Proveedor ha establecido un contrato, es posible que se me solicite que pague algunos servicios de conformidad con el contrato del plan. Si prefiero una habitación privada durante una estadía como paciente interno, entiendo que puedo ser responsable de su costo. Si mi plan de atención médica determina que los servicios del Proveedor no son necesarios para mí desde el punto de vista médico, autorizo a que el Proveedor me represente en cualquier revisión de la determinación hecha por o en nombre de mi plan de atención médica. Si los pagos no relacionados con el seguro realizados en mi cuenta exceden el monto total adeudado, lo que incluye, entre otros, cualquier cargo por mora, el Proveedor está autorizado a aplicar ese excedente a cualquier cuenta preexistente por los servicios médicos previos prestados. En el caso de que mi cuenta se convierta en morosa y se la remita a un abogado o una agencia de cobranza, se espera que pague los honorarios de abogados, los costos judiciales y los gastos de cobranza. Entiendo que soy responsable por cualquier servicio no cubierto, deducibles y copagos. Todas las cuentas morosas tendrán intereses a la





CONSENTIMIENTO FINANCIERO PARA EL EXAMEN Y TRATAMIENTO

PAGE 4 OF 4

PATIENT INFORMATION

PLACE PATIENT'S LABEL HERE

tasa máxima permitida por la ley. **Entiendo que recibiré facturas tanto del Proveedor como de cualquier médico independiente u otro profesional involucrado en mi cuidado.**

Entiendo que este Consentimiento general para el examen y el tratamiento permanecerá vigente y se aplicará a todos los tratamientos o servicios que reciba a menos que lo revoque, por escrito, excepto en la medida en que el Proveedor ya haya tomado medidas al respecto. También entiendo que se me puede pedir que proporcione un consentimiento informado para procedimientos, tratamientos o servicios específicos brindados por el Proveedor, un médico u otros profesionales de atención médica afiliados con el Proveedor y que dicho consentimiento informado incluirá, entre otros, los beneficios y los riesgos asociados con un procedimiento, tratamiento o servicio específico. Dicho consentimiento informado se me presentará en un documento separado o en un medio electrónico y formará parte de mi registro médico.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR PERSONAS QUE NO SEAN EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y aceptar incondicionalmente los términos del Acuerdo financiero y la Asignación de beneficios establecidos anteriormente.

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE

He leído, entiendo y acepto plenamente cada una de las declaraciones anteriores y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre dichas declaraciones. Firmo a continuación como un acto libre y voluntario. También reconozco que me han ofrecido información sobre los siguientes temas: Derechos y responsabilidades del paciente, Directivas anticipadas, Aviso de prácticas de privacidad y Facturación del paciente. También reconozco que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento general a mi solicitud.

Firma de la persona responsable: X	Fecha MM/DD/YY / /	Hora 00:00 AM/PM :
---	------------------------------	------------------------------

Si no es el paciente, indique la relación: _____

Motivo por el cual el paciente no puede firmar (si corresponde): _____

Firma de la Representante del Hospital: X	Fecha MM/DD/YY / /	Hora 00:00 AM/PM :
--	------------------------------	------------------------------

