



SPARTANBURG Regional Healthcare System

SMC SHRC PMC UMC CMC MGC

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO/AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE CONFIRMACIÓN DE LA CESIÓN DE BENEFICIOS

Abajo se describen las condiciones de los servicios que presta Spartanburg Regional Health Services District, Inc. (en adelante, "SRHS") para el paciente cuyo nombre figura al pie de esta página.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Acepto de forma voluntaria el tratamiento médico y los procedimientos de diagnóstico que proveen Spartanburg Regional Health Services District, Inc. y sus hospitales, médicos, médicos clínicos y otros miembros del personal asociados. Acepto las pruebas para detectar enfermedades infecciosas, como la sífilis, el sida y la hepatitis, entre otras, y las pruebas de drogas, en caso de que el médico lo considere necesario. Soy consciente de que el ejercicio de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no se ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o los exámenes.

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

El hospital, el consultorio y el médico están autorizados a revelar cualquier información médica que se requiera en el procesamiento de las solicitudes o la presentación de información para la cobertura financiera, la planificación del alta y el tratamiento médico posterior. Esto incluye información relacionada con la atención psiquiátrica, el abuso sexual o las pruebas para detectar enfermedades infecciosas, como el VIH o el sida, para los servicios prestados durante la consulta. Además, estoy de acuerdo con la revelación de información médica o de otro tipo sobre mí o el paciente a las agencias reguladoras federales o estatales del gobierno, según lo exija la ley.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Garantizo el pago de todos los gastos que deba pagar yo, el paciente u otra persona en su nombre, y cedo los derechos de cualquier beneficio de seguro u otros fondos al médico y a SRHS. Entiendo que dichos cargos constituyen una indemnización pactada que no está sujeta a disputas, que SRHS espera el pago total y que, si acepta un pago parcial, SRHS no renuncia a su derecho de cobrar el pago total, incluso si hay cláusulas contradictorias que acompañen el pago parcial.

Entiendo que soy responsable de todo gasto que el seguro u otras formas de beneficios no cubran. Entiendo que SRHS puede obtener mi informe de crédito para su revisión como parte del cobro de esta deuda. En el caso de que esta cuenta se remita a una agencia de cobro o a un abogado para su cobro, o se cobre de acuerdo con la Ley de Cobro de Deudas por Compensación de Carolina del Sur (SC Setoff Debt Collection Act), debo pagar todas las tarifas y costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de los abogados. Para beneficiarios de Medicare: He dado toda la información necesaria para una correcta cesión de los beneficios de Medicare. Por el presente, doy mi permiso y consentimiento a SRHS, a mi cesionario y a los agentes de cobro externos para (1) comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número telefónico asociado conmigo, incluidos los teléfonos celulares; (2) dejar mensajes en el contestador o en el correo de voz para mí e incluir en esos mensajes la información exigida por ley (incluidas las leyes de cobro de deudas) o las cantidades que debo; (3) enviarme mensajes de texto o correos electrónicos a cualquier dirección de correo electrónico que haya dado; y (4) utilizar mensajes de voz pregrabados o grabados por una máquina, o un dispositivo de marcación automática (un "marcador automático") en relación con cualquier comunicación que se me envíe o que esté relacionada con mi cuenta.

FOTOGRAFÍAS/VIDEOS/TRANSMISIONES POR TELEVISIÓN

Acepto que se tomen fotografías, se graben videos o se hagan transmisiones por televisión con fines de identificación, diagnóstico o tratamiento. Acepto la supervisión por video en las zonas de atención al paciente por razones de atención clínica y de seguridad.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR LOS OBJETOS DE VALOR DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL

Me han pedido dejar los objetos de valor a cargo del hospital, eximir al sistema de atención médica de toda responsabilidad y asumir la responsabilidad de cualquier artículo que no se deje a cargo del hospital. Todo artículo que no se reclame en el plazo de treinta (30) días desde el alta se convertirá en propiedad del hospital.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia (impresa o electrónica) del Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, NPP) en la primera consulta con cualquier profesional de SRHS o antes de ella. También entiendo que el NPP está publicado en todos los centros de SRHS y que se puede consultar en www.spartanburgregional.com. El NPP indica cómo se puede usar o revelar mi información médica o la del paciente. Entiendo que hay que leerlo con atención. Soy consciente de que el NPP puede ser modificado de vez en cuando.

ESTADO INDEPENDIENTE DE LOS MÉDICOS

Entiendo y estoy de acuerdo con que algunos de los profesionales que nos prestan servicios a mí o al paciente, como los radiólogos, los patólogos y los anestesiólogos, pueden ser contratistas independientes y no empleados o agentes del sistema de atención médica. Estos profesionales contratados de forma independiente son responsables de sus propios actos u omisiones, no el sistema de atención médica. Estos profesionales contratados de forma independiente que nos prestan servicios profesionales a mí o al paciente pueden facturar y cobrar de manera separada del sistema de atención médica. Además, entiendo que cada proveedor de atención médica puede tener un contrato individual con una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o una organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO). Los contratos pueden ser diferentes de los contratos que tiene el sistema de atención médica. Entiendo que debo averiguar si cada proveedor de atención médica es miembro de la red de proveedores de mi seguro o del seguro del paciente.

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del paciente

Fecha y hora

Firma del paciente o del padre/madre/tutor/representante legalmente autorizado
(Relación con el paciente)

Patient Label