



PERMISO PARA TRATAR

PERMISO GENERAL PARA TRATAR:

Pacientes del Departamento de Urgencias: los pacientes que se presentan en el departamento de urgencias tienen el derecho a recibir un examen de evaluación adecuado realizado por un médico, u otro profesional calificado, para determinar si están sufriendo una afección médica de emergencia están en trabajo de parto activo y de ser así, para recibir tratamiento de estabilización (incluyendo e parto de un bebé incluyendo la placenta) dentro de las capacidades de las instalaciones y del personal de GHS. Los pacientes tienen estos derechos, incluso si no pueden pagar por los servicios, si no tienen seguro médico o si no tienen derecho a Medicare o Medicaid.

Yo soy el paciente nombrado anteriormente (o la persona autorizada por ley para tomar decisiones por el paciente). Le doy permiso a Greenville Health System ("GHS") y a los médicos, proveedores de atención médica, personal y compañías externas que proveen servicios en GHS, para ordenar y proporcionar servicios de rutina y servicios de cuidados de salud, incluyendo procedimientos de diagnóstico, laboratorio, y tratamiento, que a juicio del proveedor(es) sean necesarios para diagnosticar y tratar mis síntomas o enfermedades.

Los procedimientos de diagnóstico y de laboratorio que pudieran ordenarse para mí (y/o mi bebé recién nacido) incluyen (pero no se limitan a) pruebas para enfermedades tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis y cualquier otra enfermedad categorizada como contagiosa o enfermedad transmitida sexualmente, y estafilococo aureus resistente a la metilicina (MRSA, por sus siglas en inglés). Entiendo que puedo discutir estas pruebas con mi proveedor de atención médica y le puedo decir a mis proveedores de atención médica (enfermeras, tecnólogos y médicos) si no quiero que se me realice alguna o ninguna de estas pruebas para estas enfermedades. Si no me niego a estas pruebas podrían hacérmelas y los resultados se incluirán en mi expediente médico. Si los resultados de las pruebas son positivos, se compartirán conmigo. Si un trabajador de salud entra en contacto directo con mi sangre o líquidos corporales, entiendo que la ley de Carolina del Sur permite que se analice mi sangre sin mi consentimiento para el virus de la Hepatitis B, virus de la Hepatitis C o VIH para determinar si los virus están presentes. Los resultados de la prueba(s) estarán disponibles para mí y para el trabajador de salud que fue expuesto.

A menos que se haya discutido lo contrario conmigo, autorizo a GHS a disponer de los especímenes, tejidos, aparatos médicos o implantes extraídos de mi cuerpo durante mi tratamiento.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA: Entiendo que los doctores que están prestando servicios en GHS son miembros del personal médico de GHS, pero podrían no ser empleados o agentes de GHS. Muchos proveedores, incluyendo doctores, asociados médicos, enfermeras especializadas y enfermeras parteras certificadas, son proveedores independientes, no empleados. Entiendo que GHS no es responsable por ningún acto u omisión de un proveedor que no sea un empleado o agente de GHS. También entiendo que GHS es una institución de enseñanza médica y que los estudiantes y los residentes podrían estar involucrados en mi cuidado con la adecuada supervisión requerida.

TELEMEDICINA: Los servicios de atención médica podrían proporcionarse a través de telemedicina que significa que puede utilizarse una imagen, grabación de video y/o de audio mía, para permitir que los proveedores de atención médica en diversos lugares me vean en una pantalla de computadora o vean mis expedientes médicos. La Telemedicina se puede usar para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación y puede incluir cualquiera de los siguientes: mis expedientes médicos, imágenes médicas, audio y video bidireccional en vivo, salida de datos de dispositivos médicos y archivos de sonido y video. Los sistemas electrónicos utilizarán protocolos de seguridad de red y software para ayudar a proteger la confidencialidad e integridad de la identificación del paciente y los datos de imágenes.

ESTE ES UN DOCUMENTO DE CUATRO PÁGINAS

PERMISO PARA TRATAR

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y RECLAMACIONES DE TERCEROS PARTÍCIPES:

Si tengo seguro, estoy de acuerdo en asignar a GHS cualquiera y todos los derechos incluyendo dinero que provenga de lo siguiente: beneficios médicos mayores TRICARE, PIP (protección para lesiones personales), beneficios de enfermedad, beneficios de compensación al trabajador, beneficios de médicos (excluyendo cualquier beneficio pagadero a los médicos que no son empleados o agentes de GHS), beneficios por lesiones, o cualquier otro beneficio de salud, accidente o asistencia social de cualquier tipo o forma, ya sea asegurado o auto financiado, ingresos del producto del establecimiento de cualquier arreglo judicial o fallo que esté siendo pagado por o a nombre de un tercer partícipe, o cualquier otro beneficio debido por la póliza de seguros. También le asigno a los doctores no empleados por GHS, cualquier retribución de los beneficios anteriores que sean pagados por o en nombre de un tercer partícipe o debidos por cualquier póliza de seguro por los servicios prestados en GHS (tales como patólogos y otros doctores particulares). Garantizo y declaro que cualquier seguro o cualquier plan que yo asigne es válido y está vigente y que yo tengo el derecho a hacer esta asignación. Todas las cantidades recaudadas se abonarán a mi cuenta. En caso de que alguna reclamación de pago presentada por GHS a mi compañía de seguros o administrador del plan sea negada, yo autorizo a GHS para que pida una revisión administrativa de la reclamación disputada de acuerdo con la disposición(es) pertinente(s) de pacientes; plan o póliza, apele o entable una acción legal/equitativa. Si mi plan o póliza está provista conforme al Acta de Beneficios de Salud para Empleados Federales, 5 U.S.C. §8901, et seq., este proceso de revisión incluirá, pero no se limita a una revisión por parte de la Oficina de Administración del Personal. En caso de que yo sea un participante/beneficiario de un plan de asistencia social del empleado regido por el Decreto de 1974 de Seguro de Ingresos para Empleados Retirados (ERISA, por sus siglas en inglés), 29 U.S.C. §1001 et seq., designo a GHS como mi representante autorizado y le concedo a GHS la autoridad para actuar en mi nombre en la prosecución y apelación de una determinación de beneficio bajo el plan. Dicha autoridad deberá incluir el derecho a solicitar y recibir una copia de la descripción del plan y/o un resumen de la descripción del plan.

PACIENTES CON MEDICARE: Si cumplo con los requisitos para la cobertura de Medicare, solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se le haga a GHS en mi nombre. Certifico que la información que he dado es correcta al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que estoy obligado a pagar mi cuenta conforme a las tarifas regulares y los términos de GHS, con excepción de aquellos servicios proporcionados conforme a un ensayo clínico de investigación, los cuales están identificados específicamente por escrito como servicios por los cuales no estoy obligado a pagar. Por medio de la presente, nombro a GHS como mi representante para que recaude los reclamos, endose los cheques y dé recibos completos y finales por todas las cantidades recaudadas. En el caso de que los beneficios excedan los cargos reales de esta cuenta, autorizo a GHS a acreditar con el pago excedente cualquier otra cuenta(s) de la(s) que yo sea responsable con cualquier entidad de GHS, incluyendo GHS Partners in Health, Inc., Greenville Health Corporation y/o cualquier otra entidad, que sea parte de GHS ahora o más adelante. Si no hay otras cuentas pendientes de las cuales yo sea responsable, el pago se abonará a la cuenta destinada y el reembolso se procesará como corresponde.

Entiendo que GHS puede obtener mi reporte de crédito para una revisión al recaudar esta deuda. En el caso de que esta cuenta sea puesta en manos de una agencia de cobranzas o de un abogado para su cobro, yo seré responsable del pago de todos los gastos de recaudación, incluyendo los honorarios del abogado.

ESTE ES UN DOCUMENTO DE CUATRO PÁGINAS

Iniciales del paciente/ representante legalmente autorizado

CHART COPY

PERMISO PARA TRATAR

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES: Doy permiso para que me contacte GHS y/o GHS Partners in Health, Inc. y sus empleados y contratistas externos, incluyendo las compañías de colección de deudas a través de cualquier información de contacto que yo le haya proporcionado a GHS y/o GHS Partners in Health, Inc. para cualquier propósito relacionado con mi diagnóstico médico, tratamiento, recaudación de fondos, servicio a la comunidad, publicidad no solicitada, mercadotecnia, pago por servicios, cobranza de facturas debidas, o para cualquier otro propósito relacionado con el tratamiento, pago u operaciones administrativas. (Este permiso para contactar también se aplica a empresas externas independientes y a los doctores y sus empleados que prestan servicios en o para las instalaciones de GHS.) Doy mi permiso a GHS para ponerse en contacto conmigo de maneras que pudieran causar que se me cobre un cargo, y seré responsable de pagar las tarifas relacionadas con el teléfono celular, teléfono de casa, teléfono del trabajo, mensajes de texto, el uso del correo electrónico o fax para contactos hechos por GHS. Doy permiso a GHS de usar marcado automatizado y/o mensajes de voz artificial o pregrabada cuando me contacten por teléfono celular, de casa o trabajo, habitación del paciente, servicio de localizador, servicio especializado de radio, servicio radiofónico general, o por medio o a través de cualquier otro servicio por el cual a la persona que recibe la llamada se le cobrará un cargo por la llamada o un cargo por los datos o una tarifa por minuto por cualquier razón mencionada anteriormente. Autorizo ser contactado por GHS usando correo electrónico para la transmisión de avisos sobre estados de cuenta y mensajes de texto SMS para recordatorios de citas. Estos avisos son descriptados y, por lo tanto, se consideran como comunicaciones no seguras, pero no incluirán ninguna información clínica. Entiendo que este permiso para contactar permitirá que me llamen de GHS a los números que haya incluido en el Registro(s) Nacional o Estatal de "No Llamar".

DIVULGACIÓN/USO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD: Yo entiendo que los usos y divulgaciones de mi información personal y de salud están descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad de GHS (NPP, por sus siglas en inglés). Estos incluyen proporcionar mi información a otros proveedores a través de diversos métodos, incluyendo Intercambio de Información de Salud de GHS (HIE, por sus siglas en inglés), para el cuidado continuo, a una compañía de seguros u otro pagador (tal como Medicare) con el propósito de procesar el pago, y para las operaciones de cuidado de salud del GHS tales como educación médica, revisiones por pares y actividades de análisis de resultados. Yo reconozco que al firmar abajo he tenido la oportunidad de recibir una copia del NPP. También doy mi consentimiento para lo siguiente:

- **Expediente de la madre/bebé.** Si estoy recibiendo atención que pueda afectar al bebé que no ha nacido o que ya haya nacido, doy mi consentimiento para que se ponga en el expediente médico del bebé cualquier información, incluyendo pero sin limitarse a, la psiquiátrica, abuso de drogas/alcohol o cualquier información sobre pruebas y tratamiento para el VIH/SIDA, sífilis, u otras enfermedades infecciosas, contagiosas, venéreas o mi historial médico.
- **Directorio /Puerta del paciente.** A menos que le informe al personal del hospital lo contrario, doy mi consentimiento para que mi nombre aparezca en el Directorio de Hospital, junto con mi ubicación, condición general y preferencia religiosa para permitir visitas del clero.
- **Consentimiento para usar y divulgar información sensible.** Específicamente autorizo que cualquier parte y toda mi información personal o médica sea utilizada y divulgada a mis proveedores de atención médica y a través de la HIE según lo estipulado en el NPP, incluyendo (pero sin limitarse a):
 - Información sobre pruebas genéticas, tales como exámenes de laboratorio de mi ADN o de cromosomas para descubrir enfermedades o afecciones de las cuales no esté mostrando los síntomas en el momento de la prueba y que surgen únicamente como consecuencia de defectos o anomalías en el material genético.
 - Información que muestre (1) si he sido diagnosticado con SIDA; (2) si he sido o estoy siendo tratado actualmente por SIDA; (3) si me he infectado con el VIH; (4) si me he sometido a una prueba de VIH; (5) si la prueba del VIH ha producido un resultado positivo o negativo; (6) si he buscado y recibido asesoramiento sobre el SIDA; y (7) si me han definido como una persona en riesgo de estar infectado con el SIDA.

ESTE ES UN DOCUMENTO DE CUATRO PÁGINAS

Iniciales del paciente/ representante legalmente autorizado

CHART COPY

PERMISO PARA TRATAR

- Información sobre la sospecha, de diagnóstico de, o tratamiento de enfermedad mental o discapacidad del desarrollo.
- Información sobre enfermedades contagiosas, venéreas, infecciosas y/o de transmisión sexual (ej.: VIH/SIDA, hepatitis, sífilis, tuberculosis, chancroide, gonorrea, etc.).
- Información sobre embarazo; prevención del embarazo (incluyendo anticonceptivos); parto, abortos.
- Información sobre diagnóstico, tratamiento, desintoxicación o rehabilitación por el uso o abuso de alcohol o drogas.

DERECHOS DEL PACIENTE: Entiendo que tengo ciertos derechos y responsabilidades que se exponen en el folleto Derechos y Responsabilidades del Paciente. Reconozco al firmar a continuación que he recibido una copia del folleto de Derechos y Responsabilidades del Paciente de GHS.

FOTOGRAFÍA Y VIDEOGRABACIÓN: Entiendo que GHS puede tomar fotografías, video o grabaciones de audio de mí sólo en el curso de y con el propósito de mi tratamiento y que GHS sólo utilizará cualquier fotografía, video o grabación de audio internamente para el diagnóstico, tratamiento o para operaciones de cuidado de la salud.

OBJETOS DE VALOR /PERTENENCIAS: Estoy de acuerdo con no traer objetos peligrosos a la propiedad de GHS. GHS se reserva el derecho de inspeccionar mis pertenencias y mi habitación en busca de objetos peligrosos. Entiendo que GHS no es responsable de pertenencias personales guardadas en mi habitación incluyendo dentadura postiza, gafas y otros dispositivos protésicos. GHS NO es responsable de pertenencias personales, incluyendo dinero, a menos que GHS haya emitido un recibo por salvaguardar las pertenencias personales. Las instalaciones de GHS son áreas de NO FUMAR. Para garantizar la seguridad, permitiré que GHS guarde mis materiales de fumar hasta que me den de alta, o pueden enviarlos con familia o amigos a casa. Entiendo que esta política es estrictamente implementada.

INFECCIONES ASOCIADAS CON EL CUIDADO DE SALUD: Las infecciones asociadas con el cuidado de salud pueden ser una complicación de la hospitalización. La Ley de Divulgación de Infecciones Hospitalarias de Carolina del Sur Sección 44-7-2410, obliga a los hospitales a monitorear y reportar las infecciones asociadas al cuidado de salud al Departamento de Salud y Control Ambiental (DHEC, por sus siglas en inglés). Estos reportes están disponibles en el siguiente sitio web a la vista del público: <http://www.scdhec.gov/Health/FHPF/InfectionControlHIDA/HospitalInfectionControl/>

Entiendo que la práctica de la medicina y la seguridad de la información personal o de salud no son una ciencia exacta y que no todos los riesgos pueden eliminarse y que NO SE ME HA DADO NINGUNA GARANTÍA.

FIRMO ABAJO RECONOCIENDO QUE HE LEÍDO, HE HECHO PREGUNTAS Y ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODAS LAS 4 PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.

FECHA/HORA

FIRMA DEL TESTIGO

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA/HORA

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO
(SOLO NECESARIA PARA CONSENTIMIENTO
POR TELÉFONO)

NOMBRE Y RELACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA SI NO ES EL PACIENTE

ESTE ES UN DOCUMENTO DE CUATRO PÁGINAS

CHART COPY