

087272

ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA CONDICIONES DE TRATAMIENTO

- 1. CONSENTIMIENTO PAGETO MÉDICO Y QUIRÚRGICO:** Solicito el ingreso hospitalario o tratamiento ambulatorio en el Hospital Warren Memorial y doy mi consentimiento a todos los tratamientos y servicios asociados, inclusive, de manera no limitativa, procedimientos de laboratorio, radiografías u otros exámenes por imágenes, (e.g. foto, vídeo, MRI, ultrasonido) anestesia y procedimientos quirúrgicos, según lo ordenen mi médico tratante o sus consultores, socios o personas designadas, así como cualquier empleado, miembro del personal y/o representante del Hospital que puedan llevar a cabo la totalidad o parte de mi tratamiento. Entiendo que, además de mi médico tratante, varios proveedores de cuidados pueden estar implicados en mi atención, incluidos médicos residentes que trabajan para Warren Memorial Hospital. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se han ofrecido ni implicado garantías con respecto a mi atención y tratamiento.
- 2. PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS:** Entiendo que muchos médicos y otros proveedores de servicios médicos que me proporcionan servicios son contratistas independientes y no son empleados de Shenandoah Memorial Hospital. Entiendo también que los honorarios profesionales correspondientes a estos contratistas independientes no están incluidos en los gastos de hospitalización y que el profesional que presta el servicio los facturará por separado.
- 3. ACUERDO FINANCIERO:** Entiendo y acepto que el pago por los servicios prestados se deberá hacer al finalizar los servicios, y reconozco que soy responsable por el pago total de dichos servicios. Autorizo el pago de médicos y proveedores de servicios médicos, incluidos todos los proveedores médicos con contrato independiente cuyos servicios sean recomendables o necesarios a juicio de mi médico. Asigno el pago de los cargos pendientes por los servicios que presten los médicos y otros proveedores de atención a la salud, ya sea que la cuenta se facture a través de Warren Memorial Hospital o directamente por el médico tratante u otro proveedor de servicios médicos. Entiendo que soy responsable de todos los deducibles y cuotas de seguro médico, y de cualquier cargo no cubierto o no pagado. Entiendo que si mi compañía de seguros tiene un requisito de certificación previa yo tengo la responsabilidad de obtener dicha certificación previa. Si en algún momento doy un número de teléfono móvil en el que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir llamadas (inclusive mensajes pregrabados y de marcado automático) y/o mensajes de texto (incluidos mensajes SMS) en ese número de teléfono móvil de parte del hospital y sus sucesores, así como filiales, agentes y contratistas independientes, inclusive administradores y agentes de cobro y abogados, con respecto a mi hospitalización, los servicios prestados o mis obligaciones financieras relacionadas. Los beneficios de la exención Homestead no procederán en cualquier incidente creado por una deuda a esta cuenta por los servicios cubiertos por este formulario de consentimiento. Entiendo que sigo siendo financieramente responsable ante Warren Memorial Hospital y los médicos y otros proveedores de servicios médicos que me atienden, con respecto a todo cargo que no sea cubierto por los productos de esta asignación, y por todos los cargos en los que el pago no se reciba en un plazo razonable después de que se documenten los cargos o si el pago se considera con carácter retroactivo. Reconozco que cualquier pago que yo reciba directamente es propiedad de Warren Memorial Hospital, y que si recibo tales pagos, los mantendré en calidad de fiduciario de Warren Memorial Hospital. Estoy de acuerdo en hacer el pago total a Warren Memorial Hospital por los médicos tratantes o proveedores de servicios médicos. Si yo no soy el paciente, mi responsabilidad por el pago de los cargos es solidaria con el paciente, y el acuerdo que Warren Memorial Hospital haga con cualquier otra persona para el pago de la factura deberá ser complementario a este acuerdo y no en reemplazo del mismo. En el caso de que yo no pague la factura en su totalidad a su vencimiento, reconozco y acepto que la factura será considerada en mora por el hospital inmediatamente después de que la factura sea pagadera y quede pendiente de pago. Una vez que la factura se considere en mora, reconozco y acepto que el hospital puede cobrar un cargo por mora, el cual se puede acumular y formar parte de la factura, en consideración del retraso en el pago. Dicho cargo por mora se acumulará en forma de intereses sobre el saldo pendiente de pago a una tasa de interés predeterminada, actualmente siete por ciento (7%) a partir de la fecha en que la factura venció y quedó pendiente de pago, como interés simple sobre el saldo insoluto. En caso de que esta cuenta se turne a un abogado para su cobro, me comprometo a pagar honorarios de abogado razonables correspondientes a un 25% del saldo seguro y debido además de los gastos de cobranza, en la medida que lo permita la ley. Cualquier acción de cobro puede ser presentada en la ciudad de Woodstock, Virginia; o cualquier acción que yo presente sobre la base de atención médica que yo reciba o debería haber recibido siendo un paciente en Warren Memorial Hospital deberá ser presentada en el Tribunal de Circuito de la ciudad de Luray.
- 4. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** He autorizado a Warren Memorial Hospital y cualquier médico u otro proveedor de servicios médicos que me preste servicios a entregar a mi médico y a otros proveedores de atención de la salud que me den tratamiento, así como a la compañía de seguros, agencia de reembolso, entidades afiliadas al sistema Valley Health, abogados

y otros según lo permita la ley, cualquier información, incluida una copia de mi historia clínica o el acceso a la misma, relevante a la determinación del pago de beneficios o la provisión de atención médica adicional. Además, autorizo a la Administración del Seguro Social a dar cualquier información sobre mis beneficios de derecho de participación en Medicare a cualquier proveedor de atención de la salud u otro proveedor de atención médica independiente.

5. **OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** Entiendo que se utiliza una caja fuerte para el almacenamiento de objetos de valor para comodidad de los pacientes. Exonero a Warren Memorial Hospital de toda responsabilidad por la pérdida o daño de objetos de valor, dinero u otras posesiones personales que yo haya introducido a Warren Memorial Hospital, o que se hayan introducido para mí, a menos que se hayan depositado en la caja fuerte para su custodia.
6. **DERECHO DEL PACIENTE A DECIDIR:** Entiendo que tengo el derecho de tomar decisiones sobre mi atención. Tengo derecho a rechazar o aceptar el tratamiento. Tengo derecho a tener un “testamento en vida”, una directiva anticipada (poder para decisiones médicas), o a designar a alguien para que tome decisiones en mi nombre mediante un “Poder legal permanente para la atención médica”.
7. **ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE Y DE SALUD PROTEGIDA:** Por el presente otorgo permiso a la(s) persona(s) enumeradas a que soliciten información sobre mi cuidado médico. A fin de obtener información telefónicamente, la persona que llame al consultorio debe compartir mi fecha de nacimiento.

- | | | |
|----|--------|----------|
| 1. | _____ | _____ |
| | Nombre | Relación |
| 2. | _____ | _____ |
| | Nombre | Relación |

AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO A PRUEBAS DE SANGRE PARA EL VIH

Una ley fue promulgada en Virginia en 1989 y enmendada en 1993 que autoriza a los proveedores de atención médica a realizar pruebas a sus pacientes para detectar anticuerpos del VIH y la hepatitis B y C cuando el profesional de la salud es expuesto a los fluidos corporales de un paciente de manera que se puedan transmitir estos anticuerpos. En virtud de esta ley, en caso de tal exposición, se considerará que usted ha dado su consentimiento para dichas pruebas y la divulgación de sus resultados al proveedor de atención médica que pueda haber sido expuesto. Usted será informado antes de que su sangre sea sometida a pruebas de detección de anticuerpos del VIH y la hepatitis B o C. Se le explicarán las pruebas y se le dará la oportunidad de formular cualquier pregunta.

Yo, el abajo firmante, he leído y entiendo este consentimiento para tratamiento, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y de recibir una respuesta, y acepto quedar obligado por los términos de este consentimiento para tratamiento.

| | | |
|----------------------|---|--------------|
| Testigo | Paciente | Fecha / Hora |
| Testigo / Interprete | Cónyuge/Garante | |
| Fecha/Hora | Persona autorizada a firmar por el paciente | |
| | Motivo de la firma de la persona autorizada para firmar por el paciente en lugar de la firma del paciente | |

UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL