



0 4 8 5

Términos que se usan en este acuerdo

Nicklaus Children's Nicklaus Children's Hospital, y sus clínicas y médicos empleados o que tienen contrato con Nicklaus Children's Hospital.

Seguro Compañía de seguro del paciente, organización de mantenimiento de la salud (*health maintenance organization, HMO*), organización de prestadores preferidos (*preferred provider organization, PPO*), Medicare o Medicaid

Médico a cargo El médico que supervisa la atención del paciente.

Tratamiento permitido La atención médica para el paciente durante la enfermedad actual, según la recomendación del médico a cargo.

Consentimiento para el tratamiento

En virtud de la facultad que se me concede más adelante, autorizo a Nicklaus Children's, y a sus empleados y contratistas a brindarme tratamiento al paciente.

- Entiendo que el tratamiento incluye:
 - Tratamientos básicos.
 - Exploraciones físicas por parte del médico a cargo y de otro personal autorizado u otro personal que se encuentre bajo la supervisión de personal autorizado.
 - Procedimientos médicos.
 - Procedimientos de diagnóstico de rutina y especiales.
 - Exámenes radiográficos.
 - Tratamiento de la salud mental.
 - Detección de enfermedades, según lo considere necesario el médico a cargo u otras personas en colaboración con él (por ejemplo, varicela, hepatitis B, rubéola y tuberculosis).
- Entiendo que el tratamiento puede recibirse como paciente hospitalizado o ambulatorio.
- Entiendo que Nicklaus Children's es un hospital universitario. Acepto que los estudiantes de doctorado, los internos y los residentes puedan brindar atención al paciente bajo la supervisión del médico a cargo o del personal autorizado apropiado.
- Entiendo que el médico a cargo, que es la persona responsable de brindar atención, tratamiento y servicios, se detalla en el extremo inferior derecho de esta página.
- Entiendo que un médico puede ser contratista independiente y no ser empleado de Nicklaus Children's Hospital. El médico contratado independiente tiene la responsabilidad de explicarme los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones que puedan surgir al administrarse el tratamiento, y puede pedirme que firme un consentimiento separado por sus servicios.

Consentimiento para entrega de información personal a fin de reunir fondos

Entiendo que Nicklaus Children's puede usar cierta información (nombre, dirección, número de teléfono, fechas de servicio, edad y sexo) para comunicarse conmigo en el futuro a fin de recaudar dinero para Nicklaus Children's Hospital. Además, Nicklaus Children's puede entregarme mi nombre a su fundación relacionada a nivel institucional con el mismo fin. El dinero que se recaude se usará para ampliar y mejorar los servicios y los programas que Nicklaus Children's brinda a la comunidad.

Fotografías y grabaciones en video

En virtud de la facultad que se me concede más adelante, autorizo la obtención de fotografías y cintas de video del paciente durante su tratamiento. Además, autorizo el uso de dichas fotografías y cintas de video por parte de Nicklaus Children's o quien este designe con fines educativos y/o de investigación. Entiendo que puedo elegir excluirme de esta opción.

Consentimiento para el uso y la entrega de información sobre la salud por parte del departamento de Servicios para el paciente/la familia

Entiendo que la misión del Departamento de Servicios para el Paciente/la Familia (Patient/Family Services Department) es apoyar las necesidades de salud del paciente mediante la coordinación de las necesidades médicas, terapéuticas, financieras y de la vida diaria existentes durante la hospitalización y después de recibir el alta de Nicklaus Children's Hospital. A menudo, para estas actividades se requiere que trabajadores sociales usen o entreguen información privada sobre la salud del paciente a las agencias correspondientes.

Al firmar esta autorización, permito que el personal de Servicios para el Paciente/la Familia de Nicklaus Children's Hospital use o entregue la información sobre la salud del paciente a los siguientes tipos de organizaciones:

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| Servicios jurídicos/de defensa. | Compañías de equipamiento. | Compañías de seguro. |
| Organizaciones benéficas. | Sistemas de apoyo o para la familia del paciente. | Servicios de recreación. |
| Recursos de la vida diaria. | Programas gubernamentales de ayuda. | Recursos para necesidades especiales salud. |
| Recursos educativos. | Servicios de atención médica en el hogar. | Servicios terapéuticos. |
| Embajadas/consulados. | Albergues/refugios. | Servicios de transporte. |
| Otros: | | |

Esta autorización se aplica a toda la información sobre la salud, incluidos los antecedentes médicos, afecciones físicas o mentales y el tratamiento recibido que incluye, entre otras cosas, el tratamiento del VIH, del SIDA, de enfermedades mentales y del consumo de sustancias ilegales, así como cualquier otra información privada, personal o financiera que se haya brindado.

Esta autorización seguirá vigente mientras sea paciente de Nicklaus Children's Hospital y continúe recibiendo servicios del Departamento de Servicios para el Paciente/la Familia o hasta que ustedes rescindan el acuerdo por escrito.

Sus derechos:

- Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la entrega de información sobre la salud por parte del Departamento de Servicios para el Paciente/la Familia. Para ello, debe tachar esta sección y escribir sus iniciales para confirmar el cambio.
- Puede revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerla por escrito, firmarla y entregarla en la siguiente dirección:
 Nicklaus Children's Hospital Health Information Management Department
 3100 SW. 62nd Avenue
 Miami, Florida 33155
- Su revocación entrará en vigencia al momento de recibirla, pero no entrará en vigencia en la medida en que el Departamento de Servicios para el Paciente/la Familia u otras personas o entidades hayan actuado con base en esta autorización.
- El tratamiento no se verá condicionado por el hecho de que usted dé esta autorización o se niegue a darla.

Si usted ha autorizado la entrega de la información sobre su salud a alguna persona que no está obligada por ley a mantenerla confidencial, es posible que vuelva a entregarla y deje de estar protegida.

Artículos de valor

Soy responsable de todo lo que lleve a Nicklaus Children's, que incluye, entre otras cosas, dinero, joyas, lentes, accesorios dentales, documentos u otras cosas de valor. No haré responsable a Nicklaus Children's de ninguno de estos elementos si se extravían o si son robados.

Identidad del paciente

Entiendo que el paciente debe usar una pulsera de identificación en todo momento y que no debe quitársela.



CONSENTIMIENTO GENERAL DE TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE/LA FAMILIA (PATIENT/FAMILY GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)

Derechos y responsabilidades del paciente

Me han ofrecido la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente.

Ley de protección al consumidor de teléfonos

En consideración a los servicios prestados a mí, doy mi consentimiento para recibir mensajes, incluidos mensajes de texto o SMS, y llamadas en nombre del proveedor de servicios de salud y / o sus agentes, empleados, contratistas u otros para fines de atención médica, operaciones o pagos, en el número provisto por mí en la programación / registro o después, incluyendo mi número de teléfono celular y dirección de correo electrónico (que es mi dirección de correo electrónico personal), incluyendo llamadas o mensajes usando cualquier forma de marcado asistido por computadora o equipo de telefonía.

Aviso sobre prácticas de privacidad

Ahora o en el pasado, me han ofrecido una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad.

Seguro

1. Actuando en calidad de lo que se determina más abajo, acepto proporcionar a Nicklaus Children's la tarjeta de seguro del paciente y por este medio los autorizo a que hagan una copia de ella.
2. Excepto en lo relacionado con una afección médica de emergencia, según la definen las leyes federales y estatales, en la que no se solicitará la aprobación previa del seguro, entiendo que es posible que deban cumplirse determinados pasos antes de que se le exija al seguro del paciente que pague los beneficios. Excepto en caso de una afección médica de emergencia en la que no se deban cumplir condiciones previas, soy responsable de cumplir con dichas condiciones antes de la hospitalización. Excepto en el caso de una afección médica de emergencia en la que no se permita solicitar la aprobación previa, es mi responsabilidad llamar a la compañía de seguro para obtener su aprobación para la hospitalización del paciente o para brindarle los servicios al paciente antes del momento en que se le administre tratamiento al paciente o se lo hospitalice. Nicklaus Children's no es responsable de obtener esta aprobación previa.
3. El seguro sólo pagará determinados servicios que considere cubiertos y necesarios desde el punto de vista médico, según se describan de manera más particular en el acuerdo con el seguro. Si el seguro del paciente decide que un servicio brindado por Nicklaus Children's no es un servicio cubierto, o que un servicio brindado por Nicklaus Children's, aunque pueda ser un servicio cubierto, no se considera de otro modo necesario desde el punto de vista médico, negará el pago de dicho servicio. En tal caso, acepto ser completa y personalmente responsable de pagar dichos servicios de los que el seguro no es responsable.

Nombre del miembro: _____

Nombre del paciente: _____

Número de ID: _____

Fecha del servicio: _____

Coordinación de beneficios

Estimado miembro:

Su contrato de seguro le proporciona beneficios que se coordinarán con otro seguro médico mediante el cual es posible que usted tenga cobertura. El prestador principal paga primero cuando haya más de una (1) compañía de seguro o proveedor de atención médica. Firme este formulario. Complete la sección I, II y III, si corresponde.

A fin de agilizar el proceso de reclamación, complete la siguiente información:

• SECCIÓN I

¿El paciente tiene algún otro seguro médico? Sí No

Si la respuesta es Sí: Nombre de la compañía: _____

Número de póliza: _____

Fecha de vigencia: _____

• SECCIÓN II

¿Cómo ocurrió el accidente o la lesión?

Automóvil Casa Escuela Trabajo Otro

Fecha del accidente: _____

Detalles: _____

¿Un tercero fue responsable de la lesión que usted sufrió? De ser así, proporcione la siguiente información:

Nombre de la persona y/o la compañía: _____

Nombre y dirección del abogado que representa al tercero, compañía de seguro de la parte responsable: _____

• SECCIÓN III (usar únicamente en caso de accidente automovilístico)

¿Estaba usted en su propio vehículo o en el de otra persona? _____

Nombre de la compañía de seguro y número de teléfono: _____

Número de póliza: _____ Número de reclamación de accidente: _____

¿Tiene un abogado que lo represente? _____ Si es así, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado: _____



Consentimiento para la entrega de información

En virtud de la facultad que se me concede más adelante, autorizo a Nicklaus Children's a entregar la información médica que Nicklaus Children's tenga en su poder a otros prestadores de atención médica y a cualquier seguro o persona que pueda tener la responsabilidad de pagar o reembolsar mi atención médica correspondiente a TPO (según se define a continuación) cuando se necesite para la atención del paciente. Según lo descrito en el Aviso sobre prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practice, NOPP) que he recibido, Nicklaus Children's puede entregar la información sobre la salud de los pacientes a personas y entidades ajenas a Nicklaus Children's Hospital para las "operaciones de tratamiento, pago o atención médica" (treatment, payment or healthcare operations, "TPO") que incluyen, entre otras, la coordinación de las necesidades médicas, terapéuticas, financieras y de la vida diaria existentes durante la hospitalización y después de recibir el alta de Nicklaus Children's.

Asignación de beneficios del seguro

En virtud de la facultad que se me concede más adelante, quiero que el seguro del paciente le pague en primer término a Nicklaus Children's, antes de pagarle a cualquier otro prestador de servicios de atención médica. Autorizo que el seguro del paciente le pague estos beneficios (que incluyen, entre otros, el seguro de responsabilidad civil) directamente a Nicklaus Children's.

Garantía de pago

1. Entiendo que mis facturas médicas incluirán diferentes tipos de gastos:
 - Servicios para el paciente.
 - Honorarios médicos (por ejemplo, del médico a cargo, de un médico a quien consulte, del anestesiólogo, etc.).
 - Honorarios médicos para la interpretación de diversos procedimientos (por ejemplo, radiólogo, patólogo, etc.).
2. Acepto pagar todos los gastos correspondientes a servicios no cubiertos y hacer que el seguro del paciente pague los gastos de los servicios cubiertos, según sea el caso, en el momento del servicio o cuando reciba las facturas.
3. Si Nicklaus Children's no puede obtener el pago del seguro o de mí cuando el seguro no sea responsable de dichos servicios, también tendré la responsabilidad de pagar cualquier costo que tenga Nicklaus Children's en relación con los servicios de una agencia de cobro, un abogado o el tribunal. Autorizo a Nicklaus Children's, y a sus agentes y representantes, que incluyen, entre otros, al médico a cargo y a cualquier médico que brinde servicios al paciente en relación con los servicios relativos a este consentimiento, y a sus respectivos agentes y representantes, a llamarme al teléfono de mi casa y a mi teléfono celular mediante el uso de un sistema de marcado automático.

Declaración de veracidad

Le he entregado a Nicklaus Children's información sobre el seguro del paciente. Esta información es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que, si cualquier parte de la información no es verdadera o correcta, seré responsable de los daños y sanciones que abarca este acuerdo y la ley de Florida.

Entiendo que, sin importar mi capacidad para pagar o la capacidad del paciente para pagar, el paciente tiene derecho a una exploración médica y, si se produce una afección médica de emergencia, tiene el derecho de recibir tratamiento para estabilizarlo. Nicklaus Children's está preparado y dispuesto a proporcionar estos servicios, incluso si el paciente no tiene seguro.

Se le entregará una copia a la persona que otorga el consentimiento, si la solicita.

Certifico que he leído este consentimiento y lo entiendo.

Entiendo que los servicios que están siendo suministrados están siendo provistos por un departamento de Nicklaus Children's Hospital.

NOMBRE (nombre completo en letra de imprenta)

RELACIÓN CON EL PACIENTE/COMPETENCIA

FIRMA

TESTIGO (nombre completo en letra de imprenta)

CARGO

FIRMA

FECHA: _____ HORA: _____ a.m. p.m.

Se requiere para consentimiento telefónico:

NOMBRE COMPLETO SEGUNDO TESTIGO
(nombre completo en letra de imprenta)

CARGO

FIRMA

Si la relación con el paciente no es de padre, madre o tutor legal (consulte la copia de los documentos sobre tutoría legaladjuntos), se hicieron los siguientes intentos para comunicarse con la persona que tiene la capacidad de dar su consentimiento:

Fecha:	Hora:	Nombre de la persona:	Relación con el paciente:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

