

ACUERDOS Y AUTORIZACIÓN DE EDWARD-ELMHURST MEDICAL GROUP

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

- En este Consentimiento, el término "EEH" y "nosotros" significa: Edward-Elmhurst Health (incluyendo, entre otros, Edward Hospital, Elmhurst Memorial Hospital, Linden Oaks Hospital, Edward Health Ventures y cualquier otro centro de atención al paciente de EEH), ciertas organizaciones que son propiedad o están controladas por nosotros o por nuestro centro principal NorthShore – Edward-Elmhurst Health (los "Afiliados"), incluyendo NorthShore University HealthSystem, Swedish Hospital, Northwest Community Healthcare, y los médicos, enfermeros y demás personal o empleados de EEH y los afiliados.
- Yo, (el paciente que firma abajo, o la persona que firma abajo y que es responsable de dar el consentimiento en nombre del paciente) solicito y doy mi consentimiento para toda la atención, el tratamiento y otros servicios que puedan indicar, solicitar, dirigir o dar los médicos, o sus asociados, asistentes o personas designadas, y que se lleven a cabo por los médicos o el personal de EEH y los afiliados.
- Entiendo que tengo derecho a rechazar esta atención, tratamiento u otros servicios, si la ley lo permite.
- Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Entiendo y acepto que no se han hecho, ni se pueden hacer, garantías en cuanto al resultado del diagnóstico, los tratamientos y los medicamentos, las pruebas o los exámenes dados en EEH y los afiliados.
- Autorizo el uso de fotografías y otras grabaciones para el propósito de tratamiento, control de calidad o educación. Entiendo que tengo el derecho de rechazar dichas grabaciones.
- Es necesario una Id. con fotografía válida para todos los pacientes mayores de 18 años. Para pacientes menores de 18 años, es necesario una Id. válida con fotografía de uno de los padres. La foto del documento de Id. o de la licencia de conducir emitida por el estado, se usará en nuestro sistema expediente médico electrónico (EHR) para su protección y para evitar el robo de identidad. Si no presenta una Id. con fotografía válida en el momento de la visita, se le pedirá que re programe la cita.

VISITAS DE TELEMEDICINA

- La telemedicina es la práctica de la medicina que implica el uso de comunicaciones electrónicas para diagnosticar o tratar a pacientes situados en Illinois que están en lugares diferentes de sus proveedores de atención médica ("Telemedicina"). La telemedicina también permite a los proveedores de atención médica en diferentes lugares de Illinois compartir información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar la atención al paciente. Las tecnologías de telemedicina incluyen, entre otras, videoconferencias, video en vivo, almacenamiento de imágenes y otros dispositivos o aplicaciones de telecomunicaciones.
- Mediante el llenado de este formulario, yo, como paciente o representante legal del paciente, ("Paciente") acepto el uso de tecnologías de telemedicina en el curso de mi tratamiento médico y autorizo a EEH y a los afiliados y a sus proveedores empleados o contratados a prestarme servicios de telemedicina. Mediante mi firma abajo, entiendo que los servicios de telemedicina no siempre reemplazan las visitas en persona y tienen limitaciones porque no se pueden hacer exámenes físicos. También afirmo que estaré en Illinois cuando se pidan dichos servicios de telemedicina.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO

- Autorizo a EEH, sus afiliados, sus agentes y sus proveedores externos a comunicarse conmigo a través de mensajes de texto. Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes de texto enviados por EEH, sus afiliados, sus agentes y sus proveedores externos bajo mi plan de telefonía celular. Tengo la responsabilidad afirmativa de avisar a EEH si mi número de texto/móvil cambia. EEH, sus afiliados, sus agentes y sus proveedores externos no serán responsables de ningún mensaje de texto/móvil enviado a un número de texto/móvil que dé. Informaré inmediatamente a EEH si mi número de texto/móvil ha cambiado. Si cambio mi número de teléfono, para avisar a EEH de inmediato debo llamar al Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department) de Edward-Elmhurst al 331-221-0714.
- Sé que no tengo la obligación de autorizar a EEH, sus agentes, sus afiliados o sus proveedores externos a enviarme mensajes de texto. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento si respondo STOP (DETENER) a los mensajes de texto. Si todavía recibo los mensajes de texto, llamaré a la línea de ayuda de MyChart de EEH al 630-527-5070. Entiendo que el procesamiento puede demorar, como mínimo, cinco (5) días hábiles.
- Entiendo y acepto que puedo recibir información a través de mensajes de texto que pueden incluir, entre otros, avisos de resultados de laboratorio, recordatorios de citas, recordatorios de procedimientos, avisos de salas de espera virtuales, recordatorios de medicamentos, avisos de pruebas de diagnóstico, recordatorios de salud, mensajes de marketing, encuestas, y otras comunicaciones relacionadas con la atención médica.
- Entiendo que la mensajería de texto no es un formato seguro de comunicación. Entiendo que hay riesgos asociados a los mensajes de texto, como que la información médica personal identificable u otra información sensible o confidencial contenida en dicho texto puede ser mal dirigida, revelada o interceptada por terceros no autorizados, y asumo todos los riesgos.

- Mediante mi firma abajo, indico que soy el usuario principal y suscriptor del teléfono móvil dado a EEH. Acepto todos los riesgos y doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de EEH, sus agentes, sus afiliados y sus proveedores externos al número teléfono que di.

GARANTÍA DE PAGO

- En consideración a los servicios prestados por EEH o los afiliados al paciente, acepto: i) garantizar el pago de todos los cargos relacionados con los servicios prestados al paciente; ii) ceder y transferir en todo momento a EEH o a los afiliados todos los derechos, títulos e intereses del paciente sobre los beneficios de reembolso médico disponibles para pagar dichos cargos; y iii) autorizar el pago de estos beneficios directamente a EEH o a los afiliados.
- Acepto que EEH o los afiliados no son responsables de averiguar si el paciente tiene algún seguro u otros beneficios que puedan pagar la atención o los servicios prestados al paciente, o cuál puede ser el alcance de los beneficios del paciente.
- Acepto ser totalmente responsable del pago de todos y cada uno de los cargos si estos cargos no están cubiertos por los beneficios asignados.
- EEH o los afiliados prestan muchos servicios para ayudar a los pacientes sin seguro, y a los que no pueden pagar el costo de la atención. Entiendo que, si tengo alguna pregunta sobre EEH o la política de asistencia financiera de los afiliados, puedo preguntar al supervisor de la oficina durante el proceso de inscripción.

PARA PACIENTES DE MEDICARE

- Certifico que toda la información entregada por mí como paciente o representante del paciente para pedir el pago de Medicare es correcta.
- Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre el paciente a revelar a Medicare o sus agentes cualquier información necesaria para este o un reclamo médico relacionado.
- Autorizo el pago de los beneficios a EEH o a los afiliados en nombre del paciente.

ACUSE DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de NS-EEH. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo EEH o los afiliados pueden usar y revelar la información médica del paciente y describe los derechos del paciente con respecto a esta información médica.
- REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA EL PAGO: Autorizo a EEH o a los afiliados a revelar toda la información importante sobre mí de mis registros, incluyendo el VIH, a cualquier tercero responsable del pago de los cargos, incluyendo las compañías de seguros y los planes de beneficios médicos. Debo firmar un formulario de renuncia adicional si no quiero que se comparta ninguna información sobre mi visita con mi compañía de seguros y entiendo que entonces seré personalmente responsable del pago de esa visita.

EPIC CARE EVERYWHERE

- Participamos en Epic Care Everywhere. Care Everywhere permite a las organizaciones de atención médica que usan el expediente médico electrónico (EHR) de Epic y otros sistemas participantes compartir su historia clínica a través de conexiones seguras y encriptadas con el fin de permitir que sus proveedores tratantes accedan a su historia clínica cuando lo atienden. Care Everywhere permite que un médico de atención directa acceda en tiempo real a la historia médica de su paciente, diagnósticos previos, resultados de pruebas de diagnóstico (por ejemplo, laboratorios, cardiología y radiología), medicamentos, alergias, notas de progreso y otra información médica crucial sin tener que esperar a que estos expedientes se transfieran de un centro a otro. Haremos que su historia clínica de Edward-Elmhurst Health, excluyendo cualquier registro relacionado con su tratamiento de salud mental o conductual, esté disponible para otras organizaciones de atención médica a través de Care Everywhere. Cuando se trata de su PHI, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. Si no quiere que su historia clínica se comparta a través de Care Everywhere, comuníquese con nuestro Departamento de Administración de Información Médica de Edward-Elmhurst al 331-221-0714 y pídale que completen los pasos necesarios para quitarlo del programa Care Everywhere.

Pase a la página 3 para la firma

Página 2

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN

- Reconozco que se necesita un aviso de 24 horas para cancelar cualquier cita, o se me puede cobrar \$40.00 de tarifa de "No presentación".
- Entiendo que todos los copagos y saldos pendientes de los pacientes se deben pagar en el momento de la visita.

EEH y los afiliados no aceptarán ninguna revisión o modificación de este formulario por su parte.

Este acuerdo y formulario de autorización se firmarán cada vez que reciba tratamiento en un Centro de Atención Inmediata de Edward-Elmhurst. Si recibo tratamiento en un consultorio médico de una clínica de consulta sin cita de Edward Health Ventures/Elmhurst Clinic/Elmhurst Memorial Health Care/Elmhurst Memorial Associates/Linden Oaks Medical Group, este acuerdo y formulario de autorización serán válidos durante un período de 365 días a partir de la fecha de mi firma abajo, a menos que antes sea revocado por mí por escrito, o que esté restringido a un periodo menor por la ley aplicable.

He leído este formulario completo y todas las preguntas que tenía sobre este formulario han sido respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo y acepto su contenido.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(En letra de molde)

Firma del paciente si es mayor de 18 años FECHA/HORA: _____

O Representante del paciente Relación FECHA/HORA: _____
(Padre/madre, tutor u otro representante si el paciente es menor de edad o no puede firmar)

Este Acuerdo está escrito en inglés. Si este Acuerdo se traduce a cualquier otro idioma, prevalecerá la versión en inglés.