

ACUERDOS Y AUTORIZACIÓN DE PPD

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS

- Yo, (el paciente que firma abajo, o la persona que firma abajo y es responsable del consentimiento a nombre del paciente) solicito y consiento toda la atención, tratamiento y otros servicios que puedan ser ordenados, solicitados, dirigidos o proporcionados por médicos o sus asociados, asistentes o personas designadas, y llevados a cabo por médicos empleados o contratados, o personal en Elmhurst Memorial Healthcare (EMHc).
- Comprendo y reconozco que Elmhurst Memorial Healthcare no emplea a los médicos y ciertos proveedores de nivel intermedio que me están tratando. Reconozco que los médicos y proveedores de Elmhurst Clinic, LLC, y los Asociados Médicos de Elmhurst NO son empleados de EMHc, de los Hospitales Edward o Elmhurst o de Edward-Elmhurst Healthcare. Reconozco que los médicos y proveedores de Elmhurst Memorial Medical Group (EMMG) y/o Edward Medical Group (EMG) son empleados de Edward Health Ventures.
- Comprendo que tengo derecho a rechazar esta atención, tratamiento u otros servicios, si el rechazo es permitido por la ley.
- Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Comprendo y acepto que no se han otorgado, o se pueden otorgar, garantías en cuanto al resultado del diagnóstico, tratamiento y medicamentos, pruebas o exámenes proporcionados en EMHc.
- Comprendo que debo hacer a cada uno de mis médicos cualquier pregunta que pueda tener sobre su situación laboral y mi firma abajo confirma que todas mis preguntas han sido respondidas. Mi decisión de buscar atención médica en EMHc no se basa en mi confianza de que los médicos que me proporcionan atención y tratamiento son empleados o representantes de EMHc o del Hospital Elmhurst o de Edward-Elmhurst Healthcare. No estoy basando mi decisión para recibir este tratamiento en el estado laboral del empleo los médicos.
- Acepto que se usen fotografías u otras grabaciones con para fines del tratamiento, control de calidad o educación. Comprendo que tengo derecho a rechazar dichas grabaciones. La fotografía de su identificación emitida por el estado o licencia de conducir será usada en nuestro sistema EHR para su protección y para evitar el robo de identidad.

CONSULTAS DE TELEMEDICINA

- La Telemedicina es la práctica de la medicina a través del uso de comunicaciones electrónicas para diagnosticar o tratar a pacientes ubicados en Illinois que se encuentran en lugares diferentes a los de sus proveedores de atención médica ("Telemedicina"). La Telemedicina también permite a los proveedores de atención médica en diferentes lugares de Illinois compartir información la médica de cada paciente con el fin de mejorar el cuidado.
- Al firmar este formulario, yo, en mi calidad de paciente o representante legal del paciente, ("Paciente") doy mi consentimiento para la utilización de las tecnologías de Telemedicina en el curso de mi tratamiento médico y autorizo a EMHc, a sus afiliados y a sus proveedores empleados y/o contratados, a proporcionarme los servicios de Telemedicina. Al firmar abajo, comprendo que los servicios de Telemedicina no siempre son un sustituto para las consultas en persona y tienen limitaciones debido a que no se pueden realizar exámenes físicos. También confirmo que estaré en Illinois cuando dichos servicios de Telemedicina sean solicitados.

GARANTÍA DE PAGO

- En consideración de los servicios proporcionados por EMHc al Paciente, acepto: i) garantizar el pago de todos los cargos relacionados con los servicios proporcionados al Paciente; ii) en todo momento asignar y transferir a EMHc todos los derechos, títulos e intereses del Paciente a los beneficios de reembolso médico que estén disponibles para pagar dichos cargos; y iii) autorizar el pago de estos beneficios directamente a EMHc.
- Acepto que EMHc no es responsable de descubrir si el Paciente tiene un seguro u otros beneficios que puedan pagar por la atención o servicios proporcionados al Paciente, o la extensión que puedan tener los beneficios del Paciente.
- Acepto ser totalmente responsable del pago de todos los cargos si estos cargos no son cubiertos por los beneficios asignados.
- EMHc proporciona muchos servicios para ayudar a los pacientes sin seguro y pacientes que no pueden pagar el costo de la atención. Comprendo que si tengo cualquier duda acerca de la política de asistencia financiera de EMHc puede preguntar al supervisor de la oficina durante el proceso de registro.

PARA PACIENTES DE MEDICARE

- Certifico que cualquier información que me entregaron como el Paciente o Representante del paciente para solicitar el pago por Medicare es correcta.
- Autorizo al portador de la información médica o de otro tipo acerca del Paciente para entregar a Medicare o sus representantes cualquier información necesaria para esta reclamación médica o una relacionada.
- Autorizo el pago de beneficios a EMHc a nombre del Paciente.

Pase a la página 2 para firmar

Página 1

RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Edward-Elmhurst. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo EMHc puede usar y divulgar la información médica del Paciente y describe los derechos del Paciente en relación con su información médica.
- ENTREGA DE INFORMACIÓN PARA EL PAGO: Autorizo a EMHc a entregar toda la información relevante en los registros acerca de mí, incluido VIH, a cualquier pagador tercero responsable del pago de los cargos, incluidas empresas de seguros y planes de beneficios médicos. Debo firmar un formulario de renuncia adicional si no deseo que se comparta la información relacionada con mi consulta a mi empresa aseguradora y comprendo que en ese caso seré personalmente responsable del pago de dicha consulta.

EPIC CARE EVERYWHERE

- Participamos en Epic Care Everywhere. Care Everywhere permite que organizaciones de atención de la salud que usan el registro médico electrónico Epic (EHR) y otros sistemas participantes compartan sus registros médicos vía conexiones seguras y encriptadas con el fin de permitir que los proveedores que lo están tratando tengan acceso a sus registros médicos mientras lo están tratando. Care Everywhere permite que un médico tratante tenga acceso en tiempo real al historial médico, diagnósticos previos, resultados de pruebas diagnósticas (p. ej, laboratorios, cardiología y radiología), medicamentos, alergias, notas de progreso y otra información médica importante de su paciente sin tener que esperar que estos registros sean transferidos de una instalación a otra. Haremos que su registro médico de Edward-Elmhurst, excluyendo los registros relacionados con sus tratamientos de salud mental o del comportamiento, estén disponibles para otras organizaciones de atención de la salud a través de Care Everywhere. Tratándose de su PHI, usted tiene ciertos derechos. Para ayudarlo, esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades. Si no desea que sus registros médicos sean compartidos a través de Care Everywhere, comuníquese con nuestro Departamento de Administración de Información de Edward-Elmhurst al 331-221-6990 y pídale que tomen las medidas necesarias para eliminarlo del Programa Care Everywhere.

POLÍTICA EN CASO DE NO PRESENTARSE

- Reconozco que se requiere un aviso previo de 24 horas para cancelar una cita, o me podrán cargar una tarifa de \$40.00 por no presentarme.
- Comprendo que todos los copagos del paciente y los saldos pendientes se vencen en el momento de la consulta.

EMHc no aceptará ninguna revisión o cambio que haga a este formulario.

Si voy a recibir tratamiento en una Práctica Médica de EMHc, este acuerdo y formulario de autorización será válido durante un periodo de 365 días a partir de la fecha de mi firma, a menos que yo lo revoque antes por escrito, o esté restringido a un periodo más corto por la ley aplicable.

He leído todo este formulario y me han respondido a mi entera satisfacción las preguntas que tenía acerca de este formulario. Comprendo y acepto su contenido.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(Letra de molde)

Firma del paciente si tiene más de 18 años

FECHA

O Representante del paciente

Parentesco

FECHA

(Padre, tutor u otro representante si el paciente es menor de edad o no puede firmar)