

## **EHV ACUERDOS Y AUTORIZACIÓN**

### **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD**

- Yo, (el Paciente que firma a continuación, o la persona que firma a continuación quien es responsable por otorgar consentimiento en nombre del Paciente) solicito y doy consentimiento para toda atención, tratamiento y otros servicios que puedan ordenarse, solicitarse, dirigirse y proporcionarse por médicos, o sus asociados, asistentes o designados y llevados a cabo por médicos o personal en el Grupo Médico de empresas de salud Edward /Grupo Médico DBA Edward/Grupo médico Elmhurst Memorial.
- Comprendo que tengo el derecho a rechazar esta atención, tratamiento u otros servicios, siempre que la negativa esté permitida en el marco de la ley.
- Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Comprendo y acepto que no se han realizado garantías, ni pueden realizarse, en cuanto al resultado de diagnósticos, tratamientos y medicamentos, pruebas o exámenes proporcionados en las empresas de salud Edward.
- Autorizo que se utilicen fotografías u otras grabaciones para el propósito de tratamiento, garantía de calidad o educación. Comprendo que tengo el derecho de rechazar dichas grabaciones. La fotografía de su Identificación emitida por el estado o Licencia de conducir se utilizará en el expediente de salud electrónico (EHR, por sus siglas en inglés) de nuestro sistema para su protección, así como para prevenir el robo de identidad.

### **VISITAS DE TELEMEDICINA**

- La telemedicina es la práctica de la medicina que implica el uso de comunicaciones electrónicas para diagnosticar o tratar a pacientes ubicados en Illinois que se encuentran en diferentes lugares 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 individual del paciente con el fin de mejorar la atención al paciente.
- Al ejecutar este formulario, yo, como 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 Edward-Elmhurst Health y a sus proveedores empleados y/o contratados a proporcionarme servicios de Telemedicina. Al firmar a continuación, entiendo que los servicios de telemedicina no siempre sustituyen las visitas en persona y tienen limitaciones porque no se pueden realizar exámenes físicos. También afirmo que estaré en Illinois cuando se soliciten tales servicios de telemedicina.

### **GARANTÍA DE PAGO**

- Considerando los servicios proporcionados por las empresas de salud Edward al Paciente, acepto: i) garantizar el pago de todos los cargos relacionados a los servicios proporcionados al Paciente; ii) para cualquier asignación y transferencia a las empresas de salud Edward de todos los derechos, títulos e intereses del Paciente a beneficios de reembolso que están disponibles para pagar por esos cargos; y iii) autorizar el pago de estos beneficios directamente a las empresas de salud Edward.
- Acepto que las empresas de salud Edward no son responsable por averiguar si el Paciente cuenta con algún seguro u otros beneficios que puedan pagar por la atención o servicios proporcionados al Paciente, o la extensión de los beneficios del Paciente.
- Acepto ser plenamente responsable por el pago de todos y cualquier cargo, en el caso que estos cargos no sean cubiertos por los beneficios asignados.
- Las empresas de salud Edward proporcionan muchos servicios para brindar asistencia a pacientes sin seguro así como pacientes que no pueden costear la atención. Comprendo que en caso de tener preguntas sobre la política de asistencia financiera de Edward, puedo hacerlas al supervisor de oficina durante el proceso de registro.

### **PARA PACIENTES DE MEDICARE**

- Certifico que cualquier información proporcionada por mí como el Paciente o Representante del Paciente en la solicitud de pago de Medicare es correcta.
- Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre el Paciente divulgar a Medicare o sus agentes cualquier información necesaria para este reclamo o cualquier reclamo medico relacionado.
- Autorizo el pago de beneficios a las empresas de salud Edward en nombre del Paciente.

### **RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

- Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Edward. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe las formas en que las empresas de salud Edward/ pueden usar y divulgar la información médica del Paciente y describe los derechos del Paciente con respecto a su información médica.

- **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA PAGO:** Autorizo a las empresas de salud Edward para que divulguen toda y cualquier información sobre mí de mis expedientes, incluso sobre VIH, a cualquier pagador externo responsable de los cargos para el pago como compañías de seguros, planes de beneficios de salud y, formulario de exención, si no deseo que se comparta ninguna información de mi consulta con mi compañía de seguros, y comprendo que en ese caso deberé hacerme personalmente responsable del pago.
- **CARE EVERYWHERE (atención en cualquier lugar) de EPIC:** Nosotros participamos en el programa de Epic “Care Everywhere”. Care Everywhere permite a las entidades de atención de la salud que utilizan el expediente de salud electrónico de (EHR) de Epic y otros sistemas participantes, para que compartan sus expedientes médicos por medio de conexiones seguras y cifradas con el fin de permitirles a sus proveedores de tratamientos el acceso en tiempo real al historial médico del paciente al darle tratamiento. Care Everywhere le permite a un médico a cargo el acceso en tiempo real al historial médico, diagnósticos anteriores, resultados de pruebas de diagnóstico (p. ej. laboratorios, cardiología y radiología), medicamentos, alergias, notas de progreso y otra información crucial sin tener que esperar el traslado de estos expedientes de un lugar a otro.

**Pase a la página 2 para obtener información adicional y firmar**  
Página 1

Nosotros pondremos a disponibilidad su expediente de salud de Edward-Elmhurst, excluyendo cualquier expediente relacionado con sus tratamientos de salud mental o del comportamiento disponibles para otras organizaciones de atención de la salud por medio de Care Everywhere. Usted tiene ciertos derechos cuando se trata de su PHI. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades al ayudarlo. Si no desea que se comparta su expediente médico por medio de Care Everywhere, por favor contacte al Departamento de Gestión de Información de la Salud de Edward Elmhurst al 331-221-6990 y pídale que completen los pasos necesarios para que le retiren del programa Care Everywhere.

**\*\*Reconozco que se requiere un aviso previo de 24 horas para cancelar cualquier cita o se me hará un cargo de \$40.00 por “no aparecer”.**

**\*\*Comprendo que todos los copagos de pacientes y saldos pendientes se vencen en el momento de mi visita.**

**Ninguna revisión o cambio realizado por usted a este formulario será aceptado por Edward Health Ventures.**

Este acuerdo y formulario de autorización será firmado cada vez que reciba tratamiento en una instalación de Atención Inmediata de Edward Elmhurst.

Si recibo tratamiento en una Práctica Médica de un médico de Edward Health Ventures, este acuerdo y formulario de autorización será válido durante un periodo de 365 días a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que haya sido revocado anteriormente por mí por escrito, o que esté restringido a un periodo menor por la ley aplicable.

He leído este formulario en pleno y cualquier pregunta sobre este formulario ha sido respondida a mi satisfacción. Comprendo y acepto su contenido.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente  
(padre, tutor u otro representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha