

Nombre del paciente _____
nacimiento _____

Fecha de

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.

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. 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.

Las empresas de salud Edward no aceptarán revisiones o cambios en este formulario hechas por usted.

Este acuerdo y formulario de autorización cubre los servicios que he recibido de las empresas de salud Edward durante un periodo de 365 días a partir de la fecha de mi firma a continuación, salvo que sea revocado por mi por escrito con anticipación, o restringido a un periodo de tiempo 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 imprenta)

Firma del Paciente o Representante del Paciente (padre, tutor u otro representante)	Relación	Fecha
--	----------	-------