



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Gracias por elegir a **UnityPoint Health Meriter**. Este consentimiento para el cuidado médico explica sus responsabilidades y da su consentimiento para que nosotros le proveamos el tratamiento. Entiendo que esto incluye y no está limitado a procedimientos de diagnóstico, procedimientos de pruebas, servicios de patología y servicios de radiología, los cuales pueden requerir que de su consentimiento específico adicional en el futuro.

Consentimiento para tratarlo(a)

- Doy mi consentimiento para la diagnosis, el cuidado médico y el tratamiento que haya sido o que podría ser ordenado por un profesional médico licenciado.
- Entiendo que todos los profesionales médicos licenciados son responsables de sus propias acciones, órdenes y omisiones.
- Entiendo que ningún resultado para ningún examen o tratamiento puede ser garantizado y que existen los riesgos asociados al cuidado médico los cuales pueden incluir lesiones o la muerte.

Investigaciones y Capacitación

Entiendo que la misión de **UnityPoint Health Meriter** incluye la enseñanza y las investigaciones. Estoy consciente de estudiantes que se estén capacitando para ser proveedores médicos podrían llevar a cabo parte de mi cuidado. Las investigaciones médicas avanzan los conocimientos sobre el tratamiento. Si hay oportunidades de investigación disponibles para mí, podría ser contactado(a) para que decida si me interesa participar en la investigación.

Telesalud y Comunicaciones Electrónicas

Doy mi consentimiento para que el tratamiento médico y los servicios relacionados con la atención médica sean proporcionados mediante tecnología de tele-salud remota y otras plataformas de comunicación electrónica. Dichos servicios involucran a un proveedor de atención médica que se encuentra en una ubicación diferente a la mía al momento del servicio, y dichos servicios a menudo involucran la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de datos. El proveedor de salud remoto determinará si mi condición es apropiada para tele-salud u otras comunicaciones electrónicas, y entiendo que no hay garantía de diagnóstico, tratamiento o prescripción. También entiendo que pueden ocurrir retrasos e interrupciones en el tratamiento debido a problemas técnicos y problemas con el equipo, y que otros riesgos incluyen fallas en las protecciones de seguridad que pueden resultar en una posible violación de la privacidad y acceso no autorizado a mi información médica.

Además, entiendo que es posible que tenga que viajar para ver a un proveedor de atención médica en persona por cuestiones de diagnóstico y tratamiento. Tengo derecho a rechazar el tratamiento a través de tecnología o equipos relacionados con la tele-salud sin afectar mi atención o tratamiento futuros.

Resultados del Tratamiento

Entiendo que el cuidado médico, los exámenes y los tratamientos pueden tener riesgos. Estos riesgos pueden resultar en lesiones o hasta la muerte. Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de la diagnosis, el tratamiento, las pruebas o los exámenes.

Pruebas de Drogas y de Alcohol

Entiendo que las pruebas para drogas y alcohol podrían ser necesarias para determinar que está mal y como tratarme.

Aviso de Proveedores Independientes

- Reconozco y entiendo que habrán médicos, consultores, cirujanos, médicos basados en el hospital tal como los patólogos, radiólogos, médicos de emergencias, anestesiólogos, hospitalistas, y proveedores sin doctorado (tal como las enfermeras anestesistas certificadas a nivel nacional, enfermeras avanzadas, y asistentes médicos), y representantes de vendedores quirúrgicos, quienes proveerán servicios en **UnityPoint Health Meriter** quienes no son empleados o agentes de **UnityPoint Health Meriter**, y quienes son proveedores de servicios médicos independientes o por contrato.
- Entiendo que cada uno de estos proveedores ejercita su propio juicio medico independiente y solamente ellos son responsables por el cuidado médico, tratamiento, y servicios que ellos ordenen, soliciten, dirijan o provean.

PROVIDER BASED CLINICS CONSENT FOR TREATMENT

- Reconozco que estos proveedores de servicios médicos no están sujetos a la supervisión o bajo el control de **UnityPoint Health Meriter** y que el empleo o estatus de agencia de los médicos y otros proveedores que me traten no tiene que ver con mi elección del hospital para mi cuidado.

Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente: _____

Relación del Representante Legal con el Paciente: _____

Divulgación de Registros de Salud

- Para poder saber que pagos deben hacerse al hospital para mi cuidado, estoy de acuerdo en permitir que el hospital comparta la información acerca de mi cuidado y tratamiento con las compañías de seguro médico, planes de salud, otros programas de salud que estén de acuerdo en trabajar para esas compañías, y/o las compañías de seguro de compensación al trabajador o los empleadores si es un caso de compensación al trabajador.
- Entiendo que, si requiero exámenes para el VIH/SIDA, el hospital puede proveer la información acerca de las pruebas, mas no los resultados a las compañías de seguro médico para el pago.
- Esta liberación es válida hasta que todas las facturas sean pagadas.

Reglas del Seguro, Plan de Salud, o de Programa

- Entiendo que necesito seguir todas las reglas de cualquier compañía de seguro, o programa que pague mis cuentas médicas. Las reglas incluyen, pero no se limitan a, el recibir una segunda opinión de otro proveedor médico o el llamar a la compañía de seguros antes de que se lleven a cabo exámenes o tratamientos.
- Si no sigo las reglas de la compañía de seguro o del programa, ellos podrían no pagar mis cuidados médicos.

Pago para los Servicios

- Entiendo que soy responsable de todos los costos relacionados a mi cuidado médico.
- Entiendo que al firmar este Consentimiento el hospital y los proveedores independientes están de acuerdo a facturar a mi plan de salud, u otro seguro, Medicare, Medicaid, o ("seguro") TRICARE de mi parte y de asignar mis beneficios de seguro al hospital y a los proveedores médicos.
- Para que el hospital y lo proveedores independientes puedan facturar a mi seguro, estoy de acuerdo a proveer la información de mi seguro al hospital y a que ellos puedan compartir la información con mis proveedores independientes.
- Si el hospital o los proveedores independientes tienen un contrato con mi seguro y mi cuidado es 'necesario medicamente', entiendo que soy responsable de cualquier pago de 'co-insurance', deducible, y copago para el cuidado médico que reciba.
- Si el seguro no cubre mi cuidado médico, soy responsable del costo entero del cuidado médico que recibí.
- Entiendo que recibiré una factura para mi cuidado de parte del hospital y una factura separada de parte de los proveedores independientes.
- Si mi seguro no paga, UnityPoint Health tiene mi permiso de apelar la negación del pago o de presentar una queja de mi parte. Asistiré a UnityPoint Health con esta apelación o queja y les informare si la compañía de seguro me notifica del resultado de la apelación o queja.
- Para los servicios de salud que se me provean, estoy de acuerdo a que el pago vaya directamente al hospital. Esto incluye todos los pagos que sean para mi cuidado médico y cargos de los servicios de los proveedores que sean facturados por el hospital. Los pagos pueden originar de los siguientes, pero no se limitan a, seguros médicos primarios y secundarios, seguro para accidentes, discapacidad, o seguro de 'pérdida de tiempo', Medicare, Medicaid, Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS), y/o compensación al trabajador o de reclamaciones de enfermedades relacionadas al trabajo.

Ley de la Facturación Justa para los Pacientes (Fair Patient Billing Act)

- Entiendo que podría recibir facturas separadas de los proveedores de los servicios que se me provean.
- Entiendo que no todos los proveedores médicos participan en los mismos planes o redes de seguros médicos. Si un proveedor no participa en mi plan de seguro, esos servicios podrían ser "fuera de la red" ("out of network"). Entiendo que yo podría tener que pagar más para los servicios "fuera de la red". Soy responsable de contactar a mi compañía de seguro para determinar si el hospital o el proveedor independiente participa en mi plan o red de seguro.

PROVIDER BASED CLINICS CONSENT FOR TREATMENT

- Si tengo preguntas acerca de mi cobertura de seguro o de los servicios disponibles, debo contactar a mi plan de seguro o a mi empleador. Entiendo que el hospital y los proveedores independientes no pueden garantizar que mi cuidado médico sea cubierto por mi seguro.
- Si no puedo pagar mi cuenta, entiendo que el hospital podría tener algunas opciones de asistencia financiera que podría incluir el cuidado médico gratuito, el cuidado con descuento, o pagos sin intereses. Preguntare a la oficina de facturación del hospital o al proveedor independiente si hay alguna ayuda para ayudarme a pagar mi cuidado médico.

Falta de Pago

- Estoy de acuerdo a pagarle al hospital a tiempo.
- Si falto a pagar las facturas de mi cuidado médico, estoy de acuerdo a que pague los costos incurridos por el hospital para perseguir un pago de mi parte los cuales pueden incluir tarifas de cobranzas, tarifas de la corte, tarifas de abogado, y otros costos de las cobranzas.
- Si no puedo pagar mi cuenta, le preguntare al hospital acerca de su plan para ayudar a los pacientes que no pueden pagar sus cuidados médicos.

El Uso de Mi Información

UnityPoint Health puede usar mis números telefónicos, dirección de correo, y dirección de correo electrónico para contactarme acerca de mi factura y de las cantidades que deba. Doy mi permiso a UnityPoint Health de dejar un mensaje acerca de mi cuenta o de mi cuidado médico usando mi número telefónico o la dirección de correo electrónico que tenga en mi registro, estos pueden incluir mensajes pregrabados, o llamadas hechas con un marcador automático.

Propiedad Personal

- Entiendo que mi propiedad personal podría no estar segura en mi habitación o en otras áreas de cuidado médico.
- Entiendo que los artículos de valor deben permanecer en casa, o debería de enviarlos a casa. Ni el hospital ni el personal son responsables de propiedad personal perdida, robada, o dañada.

Reglas del Hospital

- Estoy de acuerdo a seguir todas las reglas del hospital, las cuales incluyen, pero no están limitadas a, no fumar, no cigarrillos electrónicos, no juuls, no "vaping", u otras formas de inhalación de nicotina.
- Entiendo y estoy de acuerdo a que si el hospital en cualquier momento cree que hay un arma, dispositivo explosivo, sustancia ilegal o droga, o cualquier bebida alcohólica en mi habitación o con mis pertenencias, el hospital podría buscar en mi habitación y en mis pertenencias que se encuentren en cualquier lugar que sea la propiedad del hospital, a que confisquen cualquiera de los artículos mencionados que encuentren, y deshacerse de ellos como sea apropiado, incluyendo el entregarlos a las autoridades.

Consentimiento para Fotografías u Otras Grabaciones

- Doy mi consentimiento de que se obtengan fotografías, videos, grabaciones digitales o de audio, y/o imágenes para razones de seguridad y/o para las operaciones de cuidado médico de UnityPoint Health. (Por ejemplo, actividades para mejorar la calidad)
- Entiendo que la instalación mantendrá los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Se me permitirá pedir acceso a o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea posible técnicamente a menos que la ley lo prohíba.
- Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones serán almacenadas y protegidas seguramente. Imágenes y/o grabaciones en las cuales sea identificado(a) no se divulgarán ni serán usadas sin una autorización específica en escrito de mi parte o de mi representante legal a menos que sea para tratamiento, pago, o para razones de las operaciones de cuidados médicos o de otras maneras permitidas o requeridas por la ley.
- Estoy de acuerdo a que se me podrían tomar fotografías para ser usadas por razones de tratamiento o de identificación.

PROVIDER BASED CLINICS CONSENT FOR TREATMENT

Consentimiento para Enviar Correo Electrónico y/o el Uso de Mensajes de Textos para Recordatorios de Citas y Otras Comunicaciones del Cuidado Médico.

- Los pacientes de UnityPoint pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto para proveer recordatorios de las citas, para obtener retroalimentación acerca de mi experiencia con mi equipo de cuidados médicos, y para proveerme información o recordatorios generales de salud.
- Algunos hospitales y clínicas de UnityPoint Health usan un vendedor externo para los recordatorios de las citas. Al proveer mi número telefónico móvil, recibiré mensajes de texto de recordatorio. En cualquier momento puedo responder "Stop" y podré optar por no recibir mensajes de texto.
- Las tarifas estándares de mensajes de texto podrían aplicar.

Aviso de No Discriminación

Este Hospital no discrimina contra ninguna persona basado en su raza, color, origen nacional, discapacidad, orientación sexual, o edad para ser admitidos, para el tratamiento o para la participación en sus programas, servicios, actividades o empleo.

Consentimiento

- He leído este consentimiento para tratamiento, divulgación de información al seguro, el estatus de proveedor medico independiente y de la responsabilidad financiera; y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.
- Estoy de acuerdo a que la información que proveí a UnityPoint Health incluyendo mi nombre, dirección, ciudad, estado, código postal, números telefónicos, correo electrónico, información de seguro, historial médico y cualquier otra información esta correcta.

Firma de Consentimiento

Firma del Paciente/Padre o Madre/Representante Legal: _____

Relación del Representante Legal con el Paciente: _____

Materiales de Información para el Paciente

Se me ha provisto un folleto acerca de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, del Aviso de las Practicas de Privacidad, de las Directivas Anticipadas, y del Aviso de No Discriminacion Y Accesibilidad.

Iniciales del Paciente o del Representante Legal: _____

I No deseo un folleto acerca de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, del Aviso de las Practicas de Privacidad, de las Directivas Anticipadas, y del Aviso de No Discriminacion Y Accesibilidad.

Iniciales del Paciente o del Representante Legal: _____

Se me ha ofrecido y he aceptado una copia del Resumen en Lenguaje Simple de la Política de Asistencia Financiera de UnityPoint Health.

Iniciales del Paciente o del Representante Legal: _____

Se me ha ofrecido y no deseo una copia del Resumen en Lenguaje Simple de la Política de Asistencia Financiera de UnityPoint Health.

Iniciales del Paciente o del Representante Legal: _____

PROVIDER BASED CLINICS CONSENT FOR TREATMENT