

Consentimiento para Diagnóstico y Tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento a la disposición de todos los tratamientos médicos y otros cuidados de salud que mi médico(s) u otros cuidadores consideren necesarios, los cuales pueden incluir procedimientos de diagnóstico, radiología y laboratorio que me han proporcionado en cualquiera de las instalaciones de WakeMed. Entiendo que este consentimiento es válido por hasta dos años. Si estoy o puedo estar embarazada, estoy de acuerdo en decirle a mi médico y por la presente doy mi consentimiento a radiología (por ejemplo, radiografía, TC, etc.) y otros tratamientos, según lo acordado con mi médico.

Profesionales Independientes y Estudiantes: Entiendo y estoy de acuerdo que muchos médicos y otros proveedores involucrados en mi atención en WakeMed son contratistas independientes en consultas privadas, no son empleados por WakeMed y WakeMed no es responsable de sus actos u omisiones. Esto incluye, pero no se limita a: sala de emergencia, anestesia, radiología, y médicos de laboratorio y otros profesionales; estudiantes, pasantes, residentes y becarios; observadores constantes; y muchos otros médicos, proveedores de atención médica y personal no clínico. Entiendo que puedo recibir una(s) factura(s) separada(s) de uno o más proveedores independientes o grupos que estuvieron involucrados en mi cuidado. También reconozco que WakeMed es una institución de enseñanza, y estoy de acuerdo en que los estudiantes que se entrenan para ser médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud pueden asistir en proveer mi cuidado.

Uso y Divulgación de Información Médica: Reconozco que WakeMed, su personal y otros médicos independientes y profesionales de la salud involucrados en proveer mi cuidado en WakeMed están autorizados a usar y divulgar mi información médica obtenida durante esta visita/registro con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad de WakeMed.

Certificación del Paciente: Certifico que la información proporcionada al solicitar el pago bajo Medicare, Medicaid o cualquier otro programa gubernamental o beneficios de seguro es completa y precisa en todos los aspectos y estoy de acuerdo en que soy financieramente responsable ante WakeMed si no lo es.

Garantía de Pago: Entiendo que seré financieramente responsable y por este medio acepto pagar y garantizar el pago completo de todos y cada uno de los cargos por servicios prestados por WakeMed, grupos independientes, médicos u otros profesionales médicos involucrados en proveerme tratamiento o consulta, aun si dicho tratamiento no está cubierto por un seguro. En caso de no pago, estoy de acuerdo en pagar, y por la presente garantizo el pago de, todos los costos de recaudación, incluyendo honorarios razonables de abogados. Entiendo que mi factura se enviará a la dirección registrada a menos que envíe una solicitud completa por escrito para que mi(s) factura(s) se envíe(n) a una dirección alternativa.

Asignación Irrevocable de Beneficios de Seguro: Yo, en representación de mí mismo y el paciente, en consideración de los servicios de atención médica proporcionados voluntariamente e irrevocablemente, asigno y autorizo el pago directo de todos los beneficios quirúrgicos y médicos directamente a WakeMed y WakeMed Physician Practices (WPP). También autorizo el pago de beneficios aplicables directamente a todos los médicos u otros doctores involucrados en mi cuidado, incluyendo, pero no limitado a, médicos independientes y grupos que ejercen en WakeMed (por ejemplo, medicina de emergencia, radiología, anestesia, laboratorio /patología, y ciertos cirujanos, y otros médicos y grupos). Los beneficios asignados deben incluir, pero pueden no ser limitados a, seguro médico principal, seguro de responsabilidad (incluyendo exceso, cobertura completa de responsabilidad y pólizas de seguro de auto contra no asegurado o cobertura deficiente), beneficios de pago médico y protección de lesiones personales (PIP).

Entiendo que esta asignación significa que WakeMed puede y buscará y recibirá pagos directos de cualquier asegurador potencial u otra fuente de pago, lo cual puede limitar lo que puedo recuperar personalmente por mi lesión. Además, entiendo que hasta que mis gastos sean pagados apropiadamente por algún asegurador, yo y el paciente seguiremos siendo responsables personalmente de todos los cargos. Autorizo a WakeMed, según sea conveniente, a endosar cheques de beneficios pagaderos a mí y/o a WakeMed o médicos independientes. Entiendo y estoy de acuerdo en que en el desempeño de estas funciones, WakeMed está actuando por su propio beneficio para obtener el pago y no está obligado a actuar en mi beneficio. Además, entiendo que si alguno de mis cargos no fuera cubierto por ningún asegurador por cualquier motivo, incluyendo una determinación de que no eran médicamente necesarios, yo y el paciente seguimos siendo personalmente responsables del pago completo. Si mi asegurador de salud no es la entidad que hace el pago, estoy de acuerdo que cualquier descuento contractual puede no aplicarse.

Sobrepagos y reembolsos: Autorizo la devolución o el pago de cualquier sobrepago recibido a discreción de WakeMed. Si se me es debido algún reembolso o al paciente, autorizo a WakeMed a aplicar cualquier monto a cualquier cargo que permanezca pendiente por los servicios prestados a mí/el paciente (o por lo cual cualquiera de nosotros es legalmente responsable) en cualquier momento siempre que lo permita la ley.

Afirmación de Gravamen: Yo, por mí mismo y el paciente, voluntaria e irrevocablemente estoy de acuerdo que, si cualquier reclamo o demanda es hecha contra cualquier responsabilidad, pago médico, póliza(s) de seguro de auto contra no asegurado o cobertura deficiente relacionada con lesiones/pérdida por la cual recibí atención en una de las instalaciones de WakeMed o WPP, WakeMed puede buscar y perfeccionar un derecho de retención contra dicha reclamación y/o recuperar en la medida en que lo permita la ley y puede solicitar el pago de los cargos totales y no descontados de todos y cada uno de los beneficios a pagar de cualquiera de las coberturas de seguro mencionadas anteriormente. Yo, por mí mismo y el paciente, también acepto proveer a WakeMed el nombre, dirección, número de póliza y número de reclamo de cada compañía de seguros que pueda proporcionar responsabilidad, pago médico, pólizas de no asegurados y con seguro inadecuado. Entiendo que si no lo hago, puedo ser responsable personalmente de los cargos no descontados de WakeMed y de los cargos de otros profesionales que prestan atención y tratamiento.



Liberación de Responsabilidad de Objetos de Valor: Yo entiendo y acepto que WakeMed no puede asumir responsabilidad por dinero u objetos de valor (por ejemplo, teléfonos celulares, joyas, bolsos, gafas, dinero en efectivo, medicamentos, u otra propiedad personal) traídos al hospital, incluyendo en la habitación o área de tratamiento. El dinero y los objetos de valor deben ser enviados a casa con un miembro de la familia o un amigo cercano. Si alguien elige mantener dinero u objetos de valor con él/ella, estos artículos son responsabilidad de esa persona y estoy de acuerdo en que WakeMed no es responsable si se pierden, dañan o son robados. El personal clínico y de enfermería no aceptará objetos de valor para ser cuidados.

Terminación de este Consentimiento: Entiendo que puedo dar por terminado mi consentimiento como medida futura en cualquier momento notificando a WakeMed por escrito, pero tal notificación no afectará las acciones ya tomadas basadas en mi consentimiento previo o que se señalan arriba para ser irrevocable (lo que significa que el consentimiento no puede ser retirado). Entiendo y acepto que tal acción puede resultar en que el paciente y yo seamos responsables del pago de todos los cargos, los cuales pueden no estar sujetos a ninguna reducción, ajuste o descuento.

Consentimiento de "Pizarra Blanca": Algunas áreas de WakeMed (incluyendo el Hospital de Rehabilitación) usan una pequeña pizarra de borrado en seco llamada "Pizarra Blanca". Esta "Pizarra Blanca" es una herramienta utilizada por los miembros de su equipo de tratamiento para comunicar información sobre su estado funcional actual y otros asuntos relacionados con su cuidado. La "Pizarra Blanca" se actualiza con frecuencia para asegurar una comunicación precisa entre los proveedores de salud. La información específica puede incluir su nivel de independencia o asistencia necesaria para comer, hablar, caminar, trasladarse, usar el baño, bañarse y otras tareas. Los visitantes a su cuarto pueden ver esta información, pero estamos solicitando su consentimiento para usar esta comunicación del equipo para ayudar a asegurar que usted reciba la atención y el apoyo que necesita. Si tiene alguna inquietud acerca del uso de la "Pizarra Blanca", por favor hable con su equipo de atención médica.

Evaluación de Medicare del hospital de Rehab de WakeMed y/o Información de la Evaluación del Programa (aplicable a los pacientes en el Hospital de Rehabilitación): El gobierno federal requiere que los hospitales de rehabilitación presenten información demográfica, financiera y clínica a Medicare para verificar que los servicios de rehabilitación proporcionados son razonables y necesarios. La información presentada será ingresada en un Instrumento de Evaluación del Paciente, el cual usted puede solicitar revisar. Además, WakeMed envía información a una agencia de evaluación externa para monitorear la efectividad de nuestros programas de rehabilitación. La información recogida es considerada confidencial y será revelada sólo para fines legítimos permitidos por la ley. Es posible que esta agencia externa lo contacte para recopilar información sobre nuestro programa de rehabilitación y su experiencia, pero usted no está obligado a responder ninguna pregunta.

Entiendo y acepto las declaraciones, liberaciones, autorizaciones y asignaciones de beneficios anteriores. Si estoy firmando esto por un paciente que no sea yo, cualquier referencia a "yo" o "mi" me incluye a mí y al paciente.

Firma (Sello): _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Paciente o tutor legal / pariente más cercano disponible / representante autorizado, si el paciente no puede firmar)

Guardián o Representante, si lo hay: _____
(Letra de molde)

Firma (Sello): _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Asegurado / Garante, si es diferente del Guardián / Familiar / representante autorizado)

Nombre del Asegurado/Garante o Representante, si lo hay: (letra de molde) _____

Acuso de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de WakeMed

Si soy un paciente por primera vez, certifico que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de WakeMed. Si yo soy un paciente que regresa, certifico que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de WakeMed.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma obtenida después del registro inicial

Staff Use Only: Consent to Diagnosis and Treatment Obtained By Telephone

Treatment / procedure: _____

Authorized Person Giving Consent: _____ Telephone #: _____

Relationship to Patient: _____

Witness: _____ itness: _____

Date: _____ Time: _____ ate: _____ Time: _____

Staff Use Only:

Patient unable to sign due to condition and/or level of consciousness

Patient refused to sign after receiving Privacy Notice

For ED use only (Privacy Notice given to minor/caretaker in absence of parent)

For ED use only (unable to sign due to emergency transfer to another hospital)

Other _____

Completed by: _____ Date: _____ Time: _____

WakeMed
General Consent