

Consentimiento para el Diagnóstico y tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento para proporcionar todo el tratamiento médico y otra atención médica que mi(s) médico(s) u otros cuidadores consideren necesario, que pueden incluir diagnósticos, radiología y procedimientos de laboratorio que se me proporcionen en cualquier ubicación de WakeMed o a través de un programa de telemedicina de WakeMed. Entiendo que este consentimiento es válido por hasta dos años. Si estoy o puedo estar embarazada, acepto decirle a mi médico y por la presente consiento la toma de imágenes radiológicas (por ejemplo, rayos X, TC, etc.) y otro tratamiento, según lo acordado con mi médico.

Profesionales y Estudiantes Independientes: Entiendo y acepto que muchos médicos y otras personas involucradas en mi cuidado en WakeMed son contratistas independientes en la práctica privada, no son empleados por WakeMed, y que WakeMed no es responsable de sus actos o fallas en actuar. Esto incluye, pero no se limita a: sala de emergencias, 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 facturas separadas de uno o más proveedores o grupos independientes que estuvieron involucrados con mi cuidado. También reconozco que WakeMed es una institución docente, y estoy de acuerdo en que los estudiantes que se capacitan para ser médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud pueden ayudar a proporcionar mi atención.

Uso y divulgación de información médica: Reconozco que WakeMed, su personal y otros médicos independientes y profesionales de la salud involucrados en la prestación de mi atención en WakeMed están autorizados a usar y divulgar mi información médica para 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 en la solicitud de pago bajo Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa del gobierno o beneficios de seguro es completa y precisa en todos los aspectos y acepto que soy financieramente responsable de WakeMed si no lo es.

Garantía de pago: Entiendo que soy financieramente responsable y por la presente acepto pagar y garantizar el pago en su totalidad de todos y cada uno de los cargos por servicios proporcionados por WakeMed, grupos independientes, médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la prestación de tratamiento o consulta, incluso si dicho tratamiento no está cubierto por el seguro. Entiendo que estos individuos o grupos pueden cobrarme por separado. Reconozco que aún no se ha determinado qué tratamiento médico puedo necesitar, de tal manera que WakeMed no puede indicar mis cargos exactos en este momento. Entiendo que los cargos de WakeMed por sus servicios se establecen en su ChargeMaster, junto con información adicional como cargos promedio y cómo solicitar una estimación (disponible en el sitio web público de WakeMed mediante la búsqueda de transparencia de precios). Puedo o no ser elegible para un descuento o reducción de estos cargos de acuerdo con los términos de cualquier plan de salud, programa gubernamental o política de asistencia financiera de WakeMed; Reconozco que soy responsable de conocer los detalles y limitaciones de mi plan de salud u otra cobertura. Si WakeMed no tiene un contrato con mi plan de salud u otro pagador, entiendo y acepto que WakeMed no está obligado a aceptar ninguna tarifa reducida, descuento o precio basado en referencias asociado con ese plan y que soy responsable de todos los cargos facturados. Estoy de acuerdo en que un pago parcial, independientemente del language que lo acompañe, no se considerará pago total ni acorde y satisfacción. En caso de impago, acepto pagar, y por la presente garantizo el pago de, todos los costos de cobro, incluyendo honorarios razonables de abogados. Entiendo que mi(s) factura(s) se enviarán a la dirección registrada a menos que envíe una solicitud completa por escrito para que mi(s) factura(s) se envíe a una dirección alternativa y que WakeMed o su contratista independiente puedan ponerse en contacto conmigo por teléfono o texto en cualquier número que proporcione para cualquier propósito comercial, incluida la colección.

Asignación irrevocable de beneficios de seguro: En consideración a los servicios de atención médica proporcionados, asigno y autorizo voluntaria e irrevocablemente el pago directo de todos los beneficios quirúrgicos y médicos directamente a WakeMed y WakeMed Physician Practices (WPP). También autorizo el pago de los beneficios aplicables directamente a todos los médicos u otros profesionales involucrados en mi cuidado, incluyendo pero no limitado a médicos independientes y grupos que practican en WakeMed. Los beneficios asignados incluirán, pero no se limitarán a, seguros médicos importantes, seguro de responsabilidad civil (incluyendo coberturas de exceso, planes de seguro y coberturas no aseguradas/subaseguradas de automóviles), medpay y protección contra lesiones personales (PIP). Entiendo que esta asignación significa que WakeMed puede y buscará y recibirá el pago directo de cualquier posible aseguradora u otra fuente de pago, lo que puede limitar lo que puedo recuperar personalmente por mi lesión. Además, entiendo que hasta que mis cargos sean pagados correctamente por alguna aseguradora, sigo siendo personalmente responsable de todos los cargos. Autorizo a WakeMed, según sea necesario, a respaldar los cheques de beneficios que se me hagan pagar a mí y/o a WakeMed o a un profesional independiente. Entiendo y acepto que al llevar a cabo estas funciones, WakeMed está actuando para su propio beneficio para obtener el pago y no está obligado a actuar para mi beneficio. Además, entiendo que si alguno de mis cargos no es cubierto por ninguna aseguradora por cualquier motivo, incluyendo la determinación de que no eran médicamente necesarios, sigo siendo personalmente responsable del pago completo. Si mi aseguradora de salud no es la entidad que realiza el pago, acepto que cualquier descuento contractual puede no aplicarse.

Sobrepagos y reembolsos: Autorizo la devolución o el pago de cualquier sobrepago recibido a la sola discreción de WakeMed. Si cualquier reembolso se debe a mí, autorizo a WakeMed a aplicar cualquier cantidad(s) a cualquier cargo que permanezca pendiente por los servicios que me prestan a mí o al paciente (o de los cuales cualquiera de nosotros es legalmente responsable) en cualquier momento según lo permita la ley.

Afirmación de Gravamen: Yo, para mí y el paciente, voluntaria e irrevocablemente de acuerdo en que, si cualquier reclamo o demanda se hace contra cualquier responsabilidad, pago médico, no asegurado, o cobertura de seguro de automovilista subasegurado relacionado con lesiones / pérdidas por las cuales recibí atención en cualquier ubicación de WakeMed o WPP, WakeMed puede buscar y perfeccionar un gravamen contra dicha reclamación y / o recuperación en la máxima medida permitida por la ley y puede solicitar el pago de sus cargos completos y sin descontar de cualquiera y todos los ingresos a pagar de cualquiera de los ingresos establecidos anteriormente. Yo, para mí y el paciente, acepto además proporcionar a WakeMed el nombre, dirección, número de póliza y número de reclamo para cada compañía de seguros que pueda proporcionar coberturas de responsabilidad, pago médico, sin seguro y subasegurado. Entiendo que si no lo hago, puedo ser responsable personalmente de los cargos sin descuento de WakeMed y de los cargos de otros profesionales que brindan atención y tratamiento.

Liberación de Responsabilidad por Objetos De valores: Entiendo y acepto que WakeMed no puede asumir responsabilidad por dinero u objetos de valor (por ejemplo, teléfonos celulares, joyas, monederos, gafas, dinero en efectivo, medicamentos u otra propiedad personal) traídos a sus instalaciones, incluso en una habitación de pacientes o área de tratamiento. El dinero y los objetos de valor deben enviarse a casa con un familiar o un amigo cercano. Si alguien elige guardar dinero u objetos de valor con él, estos artículos son responsabilidad de esa persona y estoy de acuerdo en que WakeMed no es responsable si se pierden, se dañan o son robados. El personal clínico y de enfermería no puede aceptar objetos de valor para su custodia.

Terminación de este consentimiento: Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cuanto a acciones futuras en cualquier momento notificando a WakeMed por escrito, pero dicho aviso no afectará a las acciones ya tomadas sobre la base de mi consentimiento previo o que se indique irrevocable (lo que significa que el consentimiento no se puede retirar). Entiendo y acepto que tal acción puede resultar en que el paciente y yo seamos responsables del pago de todos los cargos, que pueden no estar sujetos a ninguna reducción, ajuste o descuento.

Consentimiento “Pizarra Blanca”: Ciertas áreas de WakeMed (por ejemplo, el Hospital de Rehabilitación) utilizan una pizarra de comunicación física o electrónica llamada “Pizarra Blanca”. La “Pizarra Blanca” es una herramienta utilizada por los miembros de su equipo de tratamiento para comunicar información sobre su estado funcional actual y otros problemas relacionados con la atención. La “Pizarra Blanca” se actualiza con frecuencia para ayudar a asegurar una comunicación precisa entre los proveedores de atención médica. La información específica puede incluir su nivel de independencia o asistencia necesaria para comer, hablar, caminar, traslados, usar el baño, bañarse y otras tareas. Los visitantes de su habitación pueden ver esta información, pero estamos solicitando su consentimiento para utilizar esta comunicación del equipo para ayudar a garantizar que reciba la atención y el apoyo que necesita. Si le preocupa el uso de la “Pizarra Blanca”, por favor hable con su equipo de atención médica.

Evaluación Medicare de WakeMed y/Información de Evaluación del Programa: El gobierno federal requiere que los proveedores de rehabilitación y enfermería especializada envíen cierta información demográfica, financiera y clínica a Medicare para verificar que los servicios proporcionados son razonables y necesarios. La información enviada se introducirá en un formulario de evaluación, que puede solicitar revisar. Además, presentamos información a una agencia de evaluación externa para monitorear la efectividad de nuestros programas de rehabilitación. La información recopilada se mantiene confidencial y sólo se divulga para fines legítimos permitidos por la ley. Es posible que esta agencia externa se ponga en contacto con usted para recopilar información sobre nuestro programa de rehabilitación y su experiencia, pero no está obligado a responder ninguna pregunta.

Entiendo y acepto las declaraciones, comunicados, autorizaciones y asignaciones de beneficios anteriores. Si estoy firmando esto para un paciente que no sea yo mismo, cualquier referencia a “yo” o “yo” incluye a la persona que firma y al paciente.

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

Nombre Impreso del Paciente o Tutor Legal, si existe: _____

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

Nombre Impreso del Asegurado/Garante o Representante, si lo hubiera: _____

Reconocimiento de la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad de WakeMed

Si soy paciente por primera vez, certifico que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WakeMed. Si soy un paciente que regresa, certifico que se me ha ofrecido una copia del Aviso 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 or Verbally

Treatment / procedure: _____

Authorized Person Giving Consent: _____ Telephone #: _____

Relationship to Patient: _____

Witness: _____ Witness: _____

Date: _____ Time: _____ Date: _____ 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: _____