

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO
RECONOCIMIENTO Y ASIGNACION DE
BENEFICIOS**

PATIENT ID LABEL

1. **CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN GENERAL:** Por medio del presente autorizo a Saint Peter's University Hospital ("SPUH u "Hospital"), a los representantes, empleados y médicos integrantes del personal médico de SPUH a proporcionar tratamiento médico de diagnóstico y de rutina, ya sea como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio. Reconozco que no se me ha garantizado nada en cuanto a mi atención y tratamiento en SPUH. Asimismo, de manera voluntaria doy mi consentimiento para que se realicen exámenes de detección de VIH, hepatitis y otros organismos patógenos presentes en la sangre y líquidos corporales si un trabajador o empleado del centro de atención de salud se expone a mi sangre o a otros líquidos corporales. Este consentimiento también se aplica al ingreso y al tratamiento médico de un recién nacido a quien haya dado a luz durante mi hospitalización.
2. **RECONOCIMIENTO de que los médicos en SPUH podrían no ser empleados de SPUH:** Comprendo plenamente que muchos de los médicos en SPUH no son ni empleados ni representantes del Hospital. Muchos médicos son contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de usar las instalaciones del Hospital para brindar atención y tratamiento a sus pacientes. Comprendo que algunos de los médicos que participan en mi atención pueden ser empleados de otras instituciones académicas. Acepto que el Hospital no es responsable por las decisiones momento.
3. **CONSENTIMIENTO PARA ELIMINACIÓN DE TEJIDO HUMANO:** Reconozco el hecho de que el Hospital tiene la autoridad para eliminar las muestras tomadas para exámenes de patología y de laboratorio. Doy mi consentimiento al Hospital para que examine, elimine o conserve cualquier muestra o tejido que haya sido extraído de mi cuerpo con fines científicos, de enseñanza u otros.
4. **CONSENTIMIENTO PARA OBSERVACIÓN O ASISTENCIA:** Reconozco que el Hospital es un hospital docente y está afiliado a otras instituciones académicas. Doy mi consentimiento para que becarios, residentes, internos, estudiantes de medicina y enfermería y otros estudiantes profesionales de servicios de salud observen o ayuden en mi atención y tratamiento bajo la supervisión del personal del Hospital y de mi médico.
5. **USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Comprendo que SPUH participa en la red de intercambio de información de salud de Jersey Health Connect y que, a menos que siga el procedimiento de ser excluido, autorizo a SPUH y a Jersey Health Connect a compartir mi información de salud, lo que incluye las categorías protegidas de la información de salud a todas las personas y entidades que tienen autorización para tener acceso a dicha información con fines relacionados con mi tratamiento. Entre las categorías protegidas de información de salud se encuentran: toda y cualquier información relacionada con un diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, registros de salud mental, información sobre tratamiento por abuso de drogas y alcohol e información genética.
6. **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR, GRABAR O FILMAR:** Autorizo al Hospital para que se fotografíen, filmen o graben las operaciones o los procedimientos que muestren partes de mi cuerpo con fines médicos, científicos o educativos, siempre y cuando no se revele mi identidad.
7. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo al Hospital o a los médicos que participan en mi atención, a divulgar (ya sea verbalmente o por escrito), cualquier tipo de información médica que pueda ser necesaria para ayudar en mi plan de atención continua o que pueda ser necesaria para procesar reclamaciones para beneficios del seguro médico relacionados con esta hospitalización. Comprendo que mis proveedores de tratamiento tendrán acceso a mis historia clínicas de hospitalizaciones anteriores para ayudar en el tratamiento. También comprendo que si he de recibir un dispositivo médico implantable específico, el Hospital entregará mi número del Seguro Social al fabricante del dispositivo con fines de identificación. La ley federal exige que se realice un seguimiento de dispositivos médicos para ciertos dispositivos.



8. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR O PERTENENCIAS PERSONALES:**
 Comprendo que el Hospital recomienda que todas las pertenencias personales y objetos de valor se envíen a casa con un familiar o amigo. Asumo todos los riesgos de la pérdida o el daño de cualquier pertenencia personal que conserve. Comprendo que SPUH no es responsable de la seguridad ni de la pérdida de los objetos personales de los pacientes.
9. **ARREGLOS FINANCIEROS: Comprendo que los cargos del hospital no incluyen los honorarios de mis médicos tratantes, tales como los médicos de la Sala de Urgencias, radiólogos, anestesiólogos, patólogos u otros proveedores médicos del hospital y que recibiré una cuenta aparte por estos servicios.**
- Si corresponde: He recibido una copia de “Un mensaje importante de Medicare” o del “Aviso de atención de beneficiencia y atención de beneficiencia reducida”, y comprendo mis derechos según se han descrito en el documento. He recibido el “Aviso de prácticas de privacidad” y los “Derechos y deberes del paciente” y en el caso de ingresar como paciente hospitalizado, he recibido “una guía para los pacientes y las familias”, lo que incluye los “Derechos y deberes del paciente”.
 - Comprendo que soy financieramente responsable del pago de los honorarios médicos ante el hospital y los médicos. Autorizo el pago de los beneficios del seguro médico (lo que incluye atención administrada, Medicare y Medicaid, cuando corresponda), directamente al hospital o a los médicos que participan en mi atención. Autorizo a toda persona que tenga información médica u otra información sobre mí a entregar a los Centros de Medicare y Medicaid y a su representante, toda información necesaria para determinar los beneficios por concepto de los servicios relacionados.
 - Acepto pagar los cargos no cubiertos ni aprobados por mi compañía de seguros de salud u organización de atención administrada. Acepto pagar cualquier deducible del seguro de salud, coagos, o coaseguros aplicables. Comprendo que algunas entidades de seguros y de atención administrada requieren la aprobación previa de ciertas hospitalizaciones, procedimientos y cirugías y puede ser mi responsabilidad obtener dichas aprobaciones previas.
 - Comprendo que el Hospital no negará el tratamiento o el ingreso de urgencia debido a la capacidad de pago del paciente .
 - Comprendo que los consultorios de los médicos o de especialidad son consultorios “para pacientes ambulatorios del hospital” y que recibir atención en una de estas áreas puede tener como resultado un cargo hospitalario, así como un cargo del médico por los servicios o procedimientos ambulatorios. También comprendo que es mi responsabilidad determinar lo que cubrirá mi seguro e identificar cualquier gasto a mi cargo.

He leído y comprendo este Consentimiento para recibir tratamiento médico, reconocimiento y cesión de beneficios. Firmé este documento por mi propia voluntad. Acepto que se respondieron todas las preguntas que haya tenido.

 Firma del paciente

 Fecha

 Hora

 Nombre del paciente en letra imprenta

 Firma de la persona que firma en nombre del paciente

 Fecha

 Relación con el paciente

 Firma de la persona responsable (si no es el paciente)

 Fecha

 Relación con el paciente

 Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó anteriormente

 Razón de la firma

 Testigo

 Fecha

 Hora