

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

A nuestros pacientes y sus familias: es nuestro deber explicarles sus derechos y responsabilidades como paciente de los Hospitales y Clínicas Children's de Minnesota y sus afiliados (en conjunto, "Children's"). Si usted tiene preguntas con respecto a sus derechos o con respecto a las normas de privacidad de Children's, hágalas saber a su médico u otro profesional de la salud o comuníquese con el directivo de confidencialidad de Children's al (612) 813-6911, o por correo electrónico a privacy.officer@childrensmn.org

Consentimiento para recibir tratamiento

Doy mi consentimiento y autorizo a los médicos, enfermeros y otros profesionales médicos de Children's a que lleven a cabo los exámenes, tratamientos, estudios de diagnóstico, transferencias y traslados apropiados y que consideren necesarios por motivos médicos según su juicio profesional. Entiendo que todos los tratamientos e intervenciones médicas involucran algún riesgo y que no se pueden dar garantías con respecto a la efectividad de los mismos. Children's es un hospital docente; además del médico, enfermero y otro personal médico a cargo de mi cuidado, recibiré atención de personas que están en capacitación, y que estarán bajo la supervisión de profesionales y médicos autorizados.

Entrega de información para el tratamiento, el pago y otros procesos del sistema de atención médica

Doy mi consentimiento y autorizo a Children's a utilizar y entregar mi información médica protegida para el tratamiento, para el pago y para otros procesos del sistema de atención médica, incluyendo la coordinación de la atención y las actividades de evaluación y mejora del servicio. Esta información se puede entregar a mi médico de cabecera y a consultores a quienes se informa o se consulta con relación a mi tratamiento, a servicios de recetas electrónicas, a servicios de ubicación de expedientes médicos, a compañías de seguro, a planes médicos, a organizaciones en red pagadoras de servicios, incluyendo las redes clínicas integradas o las organizaciones responsables del cuidado de la salud, o ambas, en las que participen mi médico y otros profesionales de atención médica involucrados en mi cuidado y tratamiento. Además, doy mi consentimiento y autorizo a que mi compañía aseguradora comparta mi información médica protegida para los fines que se indicaron con antelación a una red clínica integrada o a una organización responsable de la salud en la que Children's participe. Doy mi consentimiento y autorizo la entrega de información de mi expediente médico a mi médico de cabecera y a los consultores a quienes se les informa o se les consulta con relación a mi tratamiento.

Entrega de información con fines de investigación

Doy mi consentimiento y autorizo la entrega de información de mi expediente médico para fines de investigación médica y científica. ***Si no estoy de acuerdo con esto, lo indicaré tachando este párrafo con una cruz.***

Para traslado de pacientes de neonatología exclusivamente: También autorizo que se comparta información sobre el diagnóstico y la condición de mi bebé con los enfermeros y médicos de _____.

(nombre del hospital) (*name of hospital*)

Designación de beneficios o pagos por servicios

Autorizo y solicito que se paguen los beneficios autorizados directamente a Children's por los servicios que se me brinden en este establecimiento o en cualquier otro establecimiento que sea propiedad o esté bajo la administración de Children's, incluyendo los servicios de los médicos. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier servicio que no haya sido pagado por mi seguro, mi cobertura médica, o por programas gubernamentales, y que debo cooperar con Children's para obtener el pago por mi atención médica. Esto incluye la aclaración de disputas que existan sobre los cobros. Si tengo derecho al pago por parte de más de un tipo de cobertura, Children's devolverá cualquier excedente al pagador. Si hay saldos pendientes en mi cuenta en Children's, cualquier reembolso que me corresponda se utilizará para saldar estas cuentas. Si después de saldar la cuenta queda un excedente, se me reembolsará.

Derechos del paciente y normas de privacidad

Los derechos suyos y de su familia, y nuestras normas de privacidad se encuentran a la vista en los sectores públicos de Children's. Su firma a continuación confirma que ha recibido nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Información de Medicare o TriCare

Si corresponde, confirmo haber recibido los siguientes materiales: Mensaje de Medicare Mensaje de TriCare

Mi firma indica que he leído y entiendo esta información. El consentimiento al tratamiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma. Todas las otras autorizaciones incluidas en este consentimiento son válidas hasta ser revocadas por escrito.

Nombre del paciente (Patient Name): _____

Fecha (Date): _____

Firma (Signature): _____

Nombre en letra de molde (Print Name): _____

Parentesco con el paciente (Relationship to Patient): _____

Nombre del intérprete (Name of interpreter if used): _____

