

Su consentimiento tratamiento y autorización para tratamiento

Sé que este consentimiento cubre el cuidado y el tratamiento que recibiré en University of Illinois Hospital & Health Sciences System (UI Health).

El Consejo de administración de la University of Illinois gestiona UI Health. Este consentimiento abarca todos los servicios y procesamiento de reclamos de atención en UI Health. Conuerdo que este consentimiento expirará cuando se presenten y paguen en su totalidad los servicios, reclamos y repartición de costos relacionados con mi tratamiento, más tres (3) años desde el pago final recibido para hacer posible la realización de auditorías y revisión de reclamos posteriores al pago. Comprendo que, si he firmado previamente un formulario de consentimiento con más restricciones, este formulario de consentimiento reemplaza ese consentimiento previo, a menos que se indique lo contrario.

Consentimiento para el tratamiento

Consiento al tratamiento y atención para mí o como el tutor legal del paciente en cuestión.

Sé que personas en los programas de capacitación de UI Health pueden prestar el tratamiento y la atención. Estas personas pueden incluir médicos residentes, estudiantes médicos y otros estudiantes de la salud. Estos estudiantes se están capacitando y cuentan con aprobación para prestar atención médica. Estas personas pueden entrevistarme, examinarme u observarme. También pueden realizarme pruebas de diagnóstico o procedimientos de curación. Harán esto bajo la supervisión de profesionales clínicos experimentados.

Sé que mi atención puede incluir una prueba de VIH.

Si quiero negarme a la prueba, debo decirle a mi profesional de salud. Si me niego a la prueba de VIH, de todas formas recibiré los otros servicios que necesite y que sean **adecuados para mí**.

Sé que mi atención y tratamiento pueden incluir cualquier de los siguientes servicios.

- Tratamiento o servicios de emergencia
- Procedimientos de laboratorio
- Servicios de imagenología
- Tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos
- Anestesia o servicios hospitalarios

Sé que se me pedirá que firme otro consentimiento en caso de procedimientos que pudieran tener riesgos sustanciales.

Reconozco que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas.

Acepto que nadie me ha dado garantías respecto a los resultados de los servicios que recibiré. Esto incluye los resultados de diagnósticos, tratamientos, cirugías, pruebas o exámenes que se hayan realizado.

Acepto dar toda la información que se me pida a mi leal saber y entender.

Eso incluye información financiera y de antecedentes familiares y médicos. Asimismo concuerdo que la información que ya he proporcionado es verdadera, correcta y completa.

Sé que puedo negarme a dar mi consentimiento para cualquier procedimiento o tratamiento.

Esto incluye procedimientos médicos o quirúrgicos u otros tipos de tratamientos.

Cuando mi atención incluye proveedores fuera de la red

Fiel a la Ley de Facturación Justa a los Pacientes (Fair Patient Billing Act):

- Sé que puedo recibir facturas separadas por servicios prestados por proveedores de atención médica que están relacionados con UI Health.
- Parte del personal del hospital puede no formar parte del mismo plan de seguro y red que el hospital.
- Puedo tener una mayor carga financiera por servicios prestados por proveedores de UI Health que no forman parte de mi plan de seguro.
- Si tengo preguntas sobre los beneficios y la cobertura, consultaré con mi plan de seguro.

Acerca de mis objetos personales

Estoy al tanto de que el hospital tiene cajas de seguridad que puedo usar.

Sé que puedo conservar mis objetos de valor allí si lo deseo. Mi propiedad personal es mi obligación. Esto incluye mis anteojos, audífonos, dentaduras postizas, joyas, efectivo, tarjetas de crédito, dispositivos electrónicos personales y todos los demás objetos de valor.

Por este medio libero a UI Health de toda obligación y responsabilidad por dichos objetos de valor y de propiedad personal.



Acerca de los pagos y costos de mi atención**Acepto pagarle a UI Health todos los servicios y suministros que se me proporcionen.**

Les pagaré según las tarifas establecidas. Esto incluye cualquier deducible, copago o cargos que no estén cubiertos por terceros responsables de pagos. Un seguro de salud privado, Medicare, Medicaid u otro programa de seguro gubernamental pueden cubrir mi tratamiento. Si este es el caso, autorizo a UI Health a facturarle a estas aseguradoras los costos de mi atención y tratamiento.

Acepto la responsabilidad de todas las tarifas relacionadas con dichos costos.

Esto incluye honorarios de abogados. Certifico que la información que he suministrado a los fines del pago por el tratamiento es, según mi leal entender, completa y precisa.

Estoy al tanto de que muchos de los consultorios ambulatorios de UI Health facturan por servicios clínicos “según el proveedor”.

Además de la factura por los honorarios del médico, UI Health cobra una tarifa por el uso de las instalaciones en cada visita. Esto se debe a que UI Health es propietario del consultorio. Esto significa que recibiré, ya sea:

- Una única factura de UI Health. Contendrá las tarifas por los servicios médicos y la tarifa de las instalaciones, o
- Dos facturas separadas de UI Health. Una contendrá una tarifa por los servicios médicos. La otra contendrá el cargo de las instalaciones.

Estoy al tanto de que mi plan de seguro podría tener un requisito diferente respecto al deducible y el coseguro para una clínica hospitalaria que para un consultorio médico.

Muchos planes de seguro pagan en función del lugar donde se prestan los servicios. Por ejemplo, un servicio prestado en una clínica puede tener cobertura diferente que un servicio prestado en el consultorio privado de un médico.

Estoy al tanto de que puedo consultar a mi compañía aseguradora si tengo preguntas adicionales sobre la cobertura de mi plan.

Sé que también puedo consultar con mi empleador si tengo preguntas acerca de la forma en que mi plan paga servicios clínicos según el proveedor.

Acerca de la cesión de beneficios de pago del seguro**Doy mis derechos a recibir pago de mis aseguradoras de salud a UI Health y los médicos que me proporcionen tratamiento.**

Esto es cierto para todas mis aseguradoras de salud, privadas o gubernamentales. Comprendo que tengo la obligación financiera de pagar todos los cargos que mi aseguradora de salud no cubra. Comprendo que todos los pagos que haga a UI Health se aplicarán a la porción del paciente que adeude, incluyendo un saldo actual o pasado que deba pagar a UI Health.

Acerca de comunicarse conmigo por teléfono celular, mensaje de texto o correo electrónico**Acepto recibir llamadas de teléfono celular y mensajes de texto a mi teléfono celular y correos electrónicos.**

Proporcionaré esta información de contacto al momento del registro o la admisión al hospital. Conuerdo que UI Health puede usar dichos medios para comunicarse conmigo acerca de pagos y actividades de atención médica.

Las actividades de atención médica incluyen:

- confirmación y recordatorios de citas
- recordatorios de salud generales, como la vacuna de la gripe y vacunas
- instrucciones de registro en el hospital
- instrucciones preoperatorias
- seguimiento posterior al alta
- retroalimentación de la experiencia del paciente
- instrucciones para el cuidado en el hogar
- dar mantenimiento a mi cuenta
- cobro de montos adeudados

Acepto que UI Health me contacte.

Asimismo, acepto que terceros responsables que actúan en nombre de UI Health me contacten. Esto incluye agencias de cobro. Acepto que se me contacte por mensaje de texto, mensajes pregrabados o de voz artificial y sistemas de marcado automático.

Estoy al tanto de que puedo pedir que no se me envíen más mensajes de texto y automáticos.

Puedo cancelarlos de cualquier manera razonable. Esto incluye cancelación en persona o por teléfono (llamando al 866.600-2273). También puedo enviar la palabra STOP cuando reciba un mensaje de texto de UI Health. Sé que UI Health no me cobra por estos contactos. Pero es posible que se apliquen las tarifas estándar de mensajes y datos de mi plan telefónico. Estos costos son mi responsabilidad.

Acerca del uso de mi información médica**Estoy al tanto de que UI Health puede registrar mi información médica.**

UI Health puede registrarla de distintas formas. Esto incluye formatos electrónicos, fotográficos, digitales, de audio y de otro tipo. Acepto que UI Health puede producir y usar esta información registrada para propósitos internos. Esto incluye para operaciones de identificación, tratamiento, pago y atención médica. UI Health puede usar esta información para enseñanza y educación médica. También pueden usar esta información para los motivos que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad de UI Health. UI Health no divulgará imágenes o grabaciones de audio que me identifiquen fuera de UI Health, a menos que sea para operaciones de tratamiento, pago o atención médica, o según lo exija la ley estatal o federal.

Estoy al tanto de que la privacidad de mi información médica está protegida por leyes federales y estatales, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

Algunas otras leyes federales y estatales protegen información médica “sensible”, que incluye información relacionada con:

- discapacidades de salud mental y del desarrollo
- tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, como alcohol y drogas
- pruebas y asesoramiento genéticos
- VIH/SIDA y enfermedades relacionadas
- enfermedades de transmisión sexual
- información de embarazo y anticonceptivos
- agresión/abuso sexual
- abuso y negligencia infantil
- violencia doméstica de un adulto con una discapacidad

Concuerdo que UI Health puede usar y divulgar mi información médica sensible dentro de UI Health para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica de la misma forma que la HIPAA y otras leyes similares permiten que UI Health utilice mi información médica para dichos propósitos y según se indica que el *Aviso de prácticas de privacidad* de UI Health. Acepto que este consentimiento específico se aplica incluso si se me diagnostica o trata por una de las afecciones indicadas arriba después de firmar este consentimiento para mi visita o estadía en UI Health actual.

Comprendo que mi información médica, incluyendo información de salud sensible, que puede usarse o divulgarse para los propósitos mencionados arriba incluye, sin limitación, diagnóstico, evaluaciones, procedimientos, alergias, medicamentos, resultados de pruebas, vacunas, resúmenes de visitas, antecedentes médicos y quirúrgicos, antecedentes familiares y sociales, evaluaciones psiquiátricas, planes de tratamiento y la presencia o progreso en el tratamiento.

UI Health también puede divulgar mi información médica según lo exija la ley. Estoy al tanto de que los médicos, enfermeros y otros miembros del equipo de atención médica que me tratan tienen acceso a mi información médica. Pueden acceder a ella para prestarme atención durante mi estadía o visita.

Autorizo a UI Health y a cualquier proveedor de atención médica que me trate a divulgar parte o toda mi información médica relevante, incluyendo información médica sensible, a ciertas organizaciones de atención médica.

Estas pueden incluir compañías de facturación y cobro. Esto incluye terceros responsables del pago, médicos, servicios de ambulancia o paramédicos y otro personal de atención médica. Otras organizaciones incluyen instituciones que otorgan licencias o acreditan a UI Health. Por ejemplo, esto puede incluir compañías aseguradoras, planes de beneficios de salud, empleadores involucrados en la aprobación de reclamos de beneficios y agencias gubernamentales.

Asimismo, acepto que UI Health puede volver a divulgar mi información médica, incluyendo información médica sensible, a profesionales y proveedores de atención médica fuera de UI Health para propósitos de tratamiento, pago y atención médica.

Esto se describe en el *Aviso de prácticas de privacidad* de UI Health. Acepto que UI Health puede compartir mi información médica, incluyendo información médica sensible, con mis profesionales de atención y proveedores tratantes y que me derivan pasados, presentes y futuros fuera de UI Health a través de programas de intercambio de información médica (health information exchange, HIE) y sistemas de portales web. Estos programas permiten compartir e intercambiar de forma segura información médica electrónica encriptada, incluyendo información médica sensible, para permitir que los proveedores tengan la información disponible más reciente para prestarme atención. Estos programas incluyen, sin limitación, Epic Care Everywhere®, CarEquality, eHealth Exchange y EpicCare® Link. Si recibo servicios en un programa de tratamientos de trastornos por abuso de sustancias de UI Health y mi información se comparte a través de un HIE, comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de organizaciones y proveedores a los que mi información sobre abuso de sustancias se haya divulgado en los últimos dos años.

Comprendo que puedo revocar los consentimientos antes descritos si le doy a UI Health un aviso por escrito, pero ninguna revocación se aplicará a los usos y divulgaciones de información que UI Health haya hecho antes de mi revocación. Comprendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar los registros de discapacidades de salud mental y del desarrollo que pudieran divulgarse.

Comprendo que puedo elegir no participar en los programas Epic Care Everywhere, CarEquality, and eHealth Exchange si completo un formulario de exclusión del paciente. Para solicitar o enviar un formulario de exclusión, comuníquese con:

- Por correo postal: HIM Department/Privacy Office, 833 South Wood Street, Suite B-52, Chicago, IL 60612, MC 772
- Por fax: 312-413-8014
- Por correo electrónico: privacyoffice@uic.edu

Espere hasta dos (2) días hábiles después de la recepción para que el formulario se procese. Si tiene preguntas, llame al 312-355-5650 durante el horario de atención (lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.).

Comprendo que proveedores o investigadores de atención médica en UI Health pueden comunicarse conmigo para analizar mi participación voluntaria en proyectos de investigación clínica. Comprendo que puedo negarme a participar sin que eso afecte de ninguna forma mi acceso a atención en UI Health en el futuro.

Estoy al tanto de que si me inscribo en un estudio clínico o investigación en UI Health, se puede utilizar EpicCare Link para compartir mi información médica (incluyendo información médica sensible) con personas involucradas en la investigación. Esto incluye el personal del estudio clínico, el patrocinador de la investigación y otro personal que forme parte del estudio clínico o estudio de investigación.

Compartir mi información en el Directorio de pacientes de UI Health

Estoy al tanto de que UI Health puede usar y compartir información específica sobre mí en el directorio de pacientes de UI Health.

Esta información incluye mi nombre, el lugar donde que recibo atención, mi afección en términos generales y mi creencia religiosa. Además, entiendo que esta información, salvo la creencia religiosa, se compartirá con personas que pregunten por mí. Esto incluye los medios de comunicación. UI Health solo proporcionará mi creencia religiosa al clero, incluso si no menciona mi nombre.

Estoy al tanto de que, si no deseo que mi información aparezca en el directorio de pacientes, debo escribir mis iniciales debajo.

_____ *Estoy haciendo uso de mi derecho a que mi información no se incluya en el directorio de pacientes de UI Health. Sé que esto significa que floristas y visitantes no puedan encontrar mi habitación o comunicarse conmigo. Estos visitantes pueden incluir familiares.*

Reclamos de pacientes

UI Health espera que la visita cada paciente transcurra sin problemas.

Si ese no es su caso, es importante que comparta sus inquietudes con nosotros. Tomaremos las medidas adecuadas para abordarlas. Cada paciente tiene derecho a compartir un reclamo o inquietud acerca de cualquier aspecto de su visita y esperar una respuesta oportuna. Esto incluye inquietudes sobre atención médica, servicios, afecciones y facturación. Usted puede compartir sus inquietudes por escrito o si habla personalmente.

Si tiene comentarios, preguntas o inquietudes, sugerimos que usted o alguien en su nombre tomen medidas.

Hable de sus inquietudes con un miembro de su equipo de atención. O hable con el gerente de la clínica o unidad en la que recibe atención.

Si no cree que sus preguntas o inquietudes se han abordado razonablemente.

Puede solicitar una revisión. Póngase en contacto con la Patient & Guest Experience Office por teléfono al (312) 355-0101. También puede comunicarse con ellos por escrito a la dirección que aparece a continuación:

*Patient & Guest Experience Office
University of Illinois Hospital & Clinics
1740 West Taylor Suite 1170
Chicago, Illinois 60612*

Consentimiento para tratamiento y autorización

Patient Label

Puedo revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento.

Revocar este consentimiento no cambiará las medidas que se han tomado mientras el consentimiento estaba vigente.

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA DEL PACIENTE

HORA

FECHA

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

SI EL PACIENTE NO PUEDE PARA DAR EL CONSENTIMIENTO O ES UN MENOR, COMPLETAR

El paciente antes mencionado es un menor de _____ años.

El paciente antes mencionado no está facultado para firmar debido a: _____

Madre _____ Fecha/Hora ____ / ____ / ____ : ____ AM PM

Padre _____ Fecha/Hora ____ / ____ / ____ : ____ AM PM

Tutor legal _____ Fecha/Hora ____ / ____ / ____ : ____ AM PM

Telephone Consent Consent Witnessed By: _____

Administrative Consent Hospital Administrator (needed with Administrative Consent): _____

Attending MD (needed with Administrative Consent): _____

