



N.º de cuenta \_\_\_\_\_

## 1. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, creo que tengo una afección que requiere atención médica y por la presente otorgo de manera voluntaria mi consentimiento para recibir dicha atención en Morris Hospital & Healthcare Centers (“MHHC”). Otorgo mi consentimiento para el diagnóstico, la atención médica y el tratamiento que he aceptado recibir y que se considera necesario o que fue recomendado por los médicos y otros proveedores de atención médica (en conjunto, los “profesionales”). Este consentimiento incluye, entre otras cosas, la administración de líquidos, sangre o componentes o productos sanguíneos, medicamentos y procedimientos radiológicos.

## 2. CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS GENERALES:

- A. Comprendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía relacionada con el diagnóstico o los resultados de los exámenes o tratamientos en MHHC. Si estoy embarazada, comprendo que todas las disposiciones establecidas en este acuerdo se aplican a mis hijos recién nacidos para su atención y tratamiento médico.
- B. Comprendo lo siguiente con respecto a los profesionales que participan en mi atención:
- Profesionales empleados: S.Ahmed, F.Aijaz, J. Allen, C. Albinson, H.Amin, S. Analytis, P.Analytis, D.Anjum, L.Anubrolu, M.Aranas, M. Bialas, I.Best, A.Blough, S.Bojak, J.Bolden, B.Bunton, E.Cacello, N.Chalisa, A.Chen, S.Ciechna, C.Comfort, M.Connolly, S.Davis, J.DeLind, J.Frye, M.Gordon, J.Greggain, O. Hla, H.Hedayati, S. Henline, M.Hill, D. Howd, C. Jaegle, S.Johnson, J. Jones, Y.Kagalwalla, C. Kao, C.Kelly, A.Khan, R. Kohlman, B. Lawton, H.Lugo, I.Mezo, C. Miller, L.Moy, E.Muraskas, V.Ochoa, M.Passerman, J.Pendergast, C.Pierard, A.Piper, F.Rahman, D.Raval, P.Roumeliotis, A.Saeed, B.Said, R.Saleem, N. Seplak, L.Setrini-Best, A. Staker, H.Suleiman, H.Syed, J.Thomas, A.Todd, D.Toussaint, K. Ulivi, L.Verchimak, S Whitmer, and D.Zuelke son empleados de MHHC.
  - Profesionales no empleados: todos los profesionales, a excepción de los que se incluyen en la lista de la sección B.i, incluidos aquellos que supervisan de forma remota las cirugías o que prestan servicios “virtuales”, no son empleados ni agentes de MHHC. Estos son profesionales independientes que tienen permitido utilizar las instalaciones de MHHC y ejercer su criterio médico independiente en cuanto a la atención y al tratamiento de sus pacientes.
  - Reconozco que la condición de empleo de los profesionales que me atienden no es relevante al momento de elegir a MHHC para recibir atención y tratamiento médico. MHHC no controla ni dirige la atención que los profesionales dan a sus pacientes.

**\*\*He leído y comprendido la sección B.1, 2 y 3**

**Iniciales del paciente \_\_\_\_\_**

- C. Comprendo que tengo derecho a expresar mis preocupaciones o reclamos en relación con cualquier problema en la calidad de la atención, ya sea de manera formal o informal, por medio del mecanismo de reclamo del paciente establecido por MHHC.
- D. Estoy de acuerdo con que todos los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que proporcione a MHHC puedan ser utilizados por MHHC o por aquellos que actúen en su nombre para comunicarse conmigo por teléfono (incluido el celular), mensajes de texto o mensajes automáticos o pregrabados.
- E. Reconozco que no debería llevar dinero, joyas ni otros artículos de valor a ninguna institución de MHHC, y estoy de acuerdo con ello; pero si lo hago, estoy de acuerdo con que debería entregárselos al cajero de la institución o enviarlos a casa con alguna persona responsable. Estoy de acuerdo con que MHHC no es responsable por la pérdida o el daño de dinero, joyas, anteojos, prótesis dentales, documentos, abrigos de piel u otros artículos, bienes u objetos de mi propiedad de cualquier tipo que lleve a la institución. Estoy de acuerdo con informarle al personal de cualquier artículo de valor que tenga en mi posesión.

## 3. MI INFORMACIÓN DE SALUD

- A. Autorizo a MHHC a retener, preservar y utilizar con fines científicos o educativos, o a desechar, cualquier muestra o tejido extraídos de mi cuerpo durante mi hospitalización.
- B. En caso de que se me transfiriera/derivara (o se transfiriera/derivara a mi hijo) a otra institución de atención médica, autorizo a MHHC a divulgar información o copias de mi expediente médico, o partes de él, a dicha institución o profesional, si tal transferencia/derivación se llevara a cabo. También autorizo a la institución y a los profesionales a los que se me transfiera/derive (o se transfiera/derive a mi hijo) a brindar información a MHHC, bajo petición, en relación con mi atención, afección y tratamiento (o el de mi hijo).
- C. Autorizo la utilización de mi expediente médico para fines relacionados con el aseguramiento de calidad o la administración de riesgos. También autorizo a los profesionales que participan en mi atención a proporcionar información a MHHC, bajo petición, acerca de mi atención, afección y tratamiento.

**ACUERDO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
DE MORRIS HOSPITAL AND HEALTHCARE CENTERS**

- D. En caso de que un profesional u otra persona que participe en mi atención se viera expuesto a mi sangre o fluidos corporales, comprendo que MHHC podrá analizar mi sangre para detectar enfermedades infecciosas de cualquier naturaleza y descripción.
- E. Estoy de acuerdo con que MHHC podrá usar y divulgar la información sobre mi salud para el pago del tratamiento y las operaciones relacionadas con él, y en otros casos que se describen en la Notificación de prácticas de privacidad de MHHC. Si soy una paciente obstétrica, comprendo que MHHC podrá usar y divulgar la información sobre mi salud para la atención y el tratamiento de mis hijos recién nacidos, y para el pago y las operaciones de MHHC relacionadas. Comprendo que la información sobre mi salud se incluirá en los expedientes de mis hijos recién nacidos.

**4. CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTOS FINANCIEROS:**

- A. Autorizo a MHHC a divulgar o enviar la información médica que considere necesaria para el procesamiento y el pago de mis facturas por los servicios prestados por MHHC, y sus profesionales empleados o contratados para los que esté autorizado a facturar, a cualquier compañía de seguros o tercero pagador que sea o pueda ser responsable del pago de cualquier parte de mi tratamiento médico.
- B. Entiendo que esta información podría incluir el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad mental, de un trastorno por abuso de sustancias, del virus de inmunodeficiencia humana y análisis genéticos.
- C. Entiendo que, aunque firme el consentimiento como paciente, agente o garante, soy directamente responsable y pagaré por los servicios proporcionados por MHHC y aquellos por los que esté autorizado a emitir facturas y que no sean pagados por el seguro.
- D. Reconozco que puedo recibir una factura aparte de cada uno de los profesionales independientes que atienden en MHHC por los servicios proporcionados. Seré el único responsable por el pago de las facturas que reciba de parte de estos profesionales independientes. Estos profesionales independientes podrían participar o no en contratos de atención administrada y es mi responsabilidad confirmar su participación en un plan de atención administrada o en un seguro en particular.
- E. Entiendo que esta autorización se lleva a cabo para permitir que MHHC, los profesionales por los que esté autorizado a emitir facturas, los profesionales independientes que realicen facturas en su nombre y yo mismo obtengamos o intentemos obtener ganancias, beneficios o sumas de dinero que compañías de seguros o terceros pagadores me deban a mí o a miembros de mi familia, a causa de mi tratamiento y hospitalización. Considerando la cooperación de MHHC al garantizar o intentar garantizar el pago de dicha suma en mi nombre, eximo a MHHC, sus agentes, funcionarios, empleados y abogados de toda responsabilidad relacionada con la divulgación de mis expedientes médicos y otra información.
- F. También autorizo a MHHC a divulgar o enviar copias de mis expedientes, o partes de ellos, a mis profesionales y a los profesionales que forman parte del personal médico de MHHC, o de otros hospitales que fueran consultados en relación con mi tratamiento, con el fin de facturar y cobrar las sumas de dinero adeudadas por los servicios proporcionados. Esta divulgación incluye los resultados de cualquier análisis de sangre realizado para determinar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (agente causante de SIDA).
- G. En caso de que me correspondiera recibir beneficios resultantes de alguna póliza que me asegure, por la presente adjudico dichos beneficios a MHHC para su implementación en mis facturas.
- H. MHHC podría obtener un informe crediticio acerca de mi persona por parte de cualquier agencia de informes de crédito. Si mi cuenta debe transferirse para poder cobrarse, yo (el paciente, agente o garante) pagaré todos los costos razonables relacionados con el cobro, que incluyen, entre otros, los honorarios de los abogados que se originen por cualquier demanda o reclamación que pueda presentarse o formularse en relación con ella.
- I. Si no tengo seguro médico o si tengo dificultad para pagar mi factura de MHHC, MHHC ofrece opciones de asistencia financiera, que incluyen atención gratuita, atención con descuento o planes de pago sin intereses. El departamento de cuentas de pacientes de MHHC ofrece información sobre el programa de asistencia financiera de MHHC, los criterios de elegibilidad y acerca de si mis profesionales u otros profesionales ofrecen asistencia financiera.

**5. OTROS RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS**

- A. Mensaje importante de Medicare: mi firma reconoce que he recibido el Mensaje importante de Medicare por parte de MHHC.
- B. He sido informado(a) de mis derechos y responsabilidades como paciente. **Iniciales del paciente** \_\_\_\_\_
- C. Al firmar debajo, reconozco que he recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de MHHC.
- D. Comprendo que los estudiantes de enfermería y de atención médica afín de MHHC autorizados acompañen a los profesionales y al personal de MHHC tanto en la provisión como en la observación de la atención y, a veces, participen junto con ellos.

**ACUERDO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
DE MORRIS HOSPITAL AND HEALTHCARE CENTERS**

- E. Entiendo que en cualquier momento puedo cancelar o revocar cualquier autorización o consentimiento que haya otorgado mediante una notificación escrita al responsable de privacidad de MHHC. Puedo escribirle al responsable de privacidad a Morris Hospital, 150 W. High St. Morris, IL 60450, Attn. Privacy Officer, o por fax al 815-942-3203.
- F. Certifico que he leído el acuerdo y formulario de consentimiento, y que soy el paciente, o cuento con la autorización correspondiente para proporcionar este reconocimiento en nombre del paciente. Acepto los términos de este acuerdo.
- G. Este acuerdo y formulario de consentimiento vencerá cuando finalice el tratamiento en MHHC o al cabo de un (1) año de la fecha del presente, lo que suceda primero. Tenga en cuenta: los consentimientos del centro de salud son válidos a menos que sean revocados.

**Firma del paciente o representante legal:**

**FECHA:**

**HORA:**

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relación de la persona mencionada con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

**DD** \_\_\_\_\_ **Intérprete (si corresponde)** \_\_\_\_\_