

NAME: _____
ACCT: _____
MRN: _____
DOB: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y ADMISIÓN: Por el presente autorizo a [hospital name] y a sus profesionales, empleados y agentes (colectivamente, el "Hospital") a proporcionar la atención y administrar los procedimientos y tratamientos diagnósticos, radiológicos, anestésicos, quirúrgicos y/o terapéuticos que se consideren necesarios o recomendables, según el criterio del Hospital, para mi cuidado (del paciente) o (en el caso de las pacientes obstétricas) para el cuidado de mi bebé recién nacido. Esto incluye todas las pruebas y los procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidas las radiografías diagnósticas, la administración y/o inyección de productos y medicamentos farmacéuticos, la extracción de sangre para análisis de laboratorio, y las fotografías tomadas para documentar mi condición y/o tratamiento.

Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han ofrecido garantías con respecto a los resultados de la atención y el tratamiento médico.

Este consentimiento será aplicable para tratamiento recurrente.

GARANTÍA DE PAGO: Acepto pagar todos los montos por los que soy financieramente responsable, en conformidad con las tarifas y los plazos del Hospital. Entiendo que en la medida en que lo permite la ley, cuando el seguro u otros beneficios de terceros sean insuficientes, seré responsable por el pago de cualquier saldo adeudado, incluidos deducibles, copagos u otras tarifas requeridas por la compañía aseguradora u otro plan de beneficios. Comprendo que si no le he proporcionado información precisa y actualizada al Hospital acerca de mi compañía aseguradora (la del paciente) u otro plan de beneficios/tercero pagador que me proporcione (como paciente) cobertura de salud, seré personalmente responsable del costo de toda la atención prestada por el Hospital. Comprendo que es posible que el Hospital me solicite un informe de crédito del consumidor en relación con el cobro de una cuenta. Al firmar este formulario, le proporciono al Hospital y a su agencia/agente de cobros una autorización escrita para obtener un informe de crédito del consumidor. Acepto pagar todas las facturas cuando sean presentadas. Si la cuenta fuese remitida a un agente de cobros, deberé pagar todos los honorarios de abogados y los gastos de cobro razonables.

HONORARIOS DE LOS MÉDICOS: Comprendo que los honorarios de los médicos no están incluidos en la factura del Hospital. Los médicos involucrados en la atención me facturarán directamente sus servicios profesionales.

SALDO A FAVOR: Comprendo que cualquier saldo a favor (del paciente) que haya en esta cuenta podrá ser utilizado por el Hospital para reducir cualquier otra cuenta pendiente por la cual yo sea responsable.

AUTORIZACIÓN DE PAGOS AL HOSPITAL: Autorizo el pago al Hospital de todos los fondos y/o beneficios a los cuales yo pueda tener derecho a través de agencias gubernamentales, compañías de seguro o terceros que sean financieramente responsables por mi atención médica y tratamiento (del paciente) para cubrir los costos de atención y tratamiento.

CESIÓN DE MEDICARE: Comprendo que la información que he proporcionado en la solicitud de pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Medicare) es correcta. Autorizo la divulgación de la información necesaria para atender esta solicitud. Solicito que se realice en mi nombre (en nombre del paciente) el pago de los beneficios autorizados. Por el presente, le cedo al Hospital el pago que yo reciba por los cargos impagos de médicos que el Hospital está autorizado a facturar. Comprendo que soy responsable del pago de cualquier deducible, copago y coseguro en virtud de esta ley.

ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE ADMISIÓN: Se me ha ofrecido y he recibido:

- SUS DERECHOS COMO PACIENTE DE HOSPITAL EN EL ESTADO DE NUEVA YORK
Folleto entregado: ☐ Sí ☐ Rechazado ☐ N/C
- DECLARACIÓN DE DERECHOS
Folleto entregado: ☐ Sí ☐ Rechazado ☐ N/C

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR BIENES PERSONALES: Acepto que el Hospital no será responsable por la pérdida, el robo o el daño a cualquier bien personal, entre otros: anteojos, dentaduras, audífonos, dinero, teléfonos celulares y otros efectos personales que yo (el paciente) haya conservado en la habitación.

Comprendo que los objetos de valor que yo no haya depositado para su custodia en la caja de seguridad del hospital o el casillero del área ambulatoria al momento de la admisión permanecerán bajo mi cuidado y responsabilidad. Por el presente libero al Hospital de cualquier responsabilidad por todos los artículos personales que yo (el paciente) he elegido conservar en mi habitación (del paciente).

AUTORIZACIÓN PARA CONTACTAR AL PACIENTE: [hospital name] contrata a terceros para que lo asistan con los servicios de facturación, programación de turnos y atención al cliente. Al firmar este formulario, otorgo mi consentimiento para que tanto [hospital name] como estos terceros me envíen a mi número de celular y a mi dirección de correo electrónico, los informes de facturación y de pago, los recordatorios de citas y las encuestas de satisfacción al cliente relacionados con los servicios que recibí por parte de [hospital name].

Autorizo a [hospital name] a proporcionar mi información de contacto a dichos terceros únicamente para estos fines. Estoy de acuerdo con que estos terceros me contacten cuando sea necesario, por medio de llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos, para ofrecer los servicios descritos anteriormente. Entiendo que no es necesario firmar este consentimiento para poder recibir el servicio de salud de [hospital name].

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted para tratar asuntos médicos de una forma más confidencial o llamando a un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos contactemos con usted por correo o llamándolo al trabajo. Su solicitud debe especificar cómo o a través de qué número telefónico desea que nos contactemos con usted. Nos adaptaremos a cualquier solicitud razonable.

Si mi información de contacto cambia o deseo cambiar mis preferencias de comunicación, me contactaré con el Hospital y le proporcionaré información de contacto actualizada. Comprendo que puedo hacerlo por teléfono, por correo electrónico o por correo postal:

Montefiore Nyack Hospital	845-348-2000	Financialcounselors@montefiorenyack.org	160 North Midland Avenue, Nyack, NY 10960
Montefiore New Rochelle Hospital	914-365- 3812	NRFinancialAisstane@montefiore.org	16 Guion Pl, New Rochelle, NY 10801
Montefiore Mount Vernon Hospital	914-361-6899	MVFinancialAssitance@montefiore.org	12 N. 7th Ave, Mount Vernon, NY 10550
Burke Rehabilitation Hospital	914-597-2800	admitting@burke.org	785 Mamaroneck Ave, White Plains, NY 10605
White Plains Hospital Medical Center	914-681-1004	billing@wphospital.org	41 East Post Rd, White Plains, NY 10601
Montefiore St. Luke's Cornwall Hospital	845-568-2311	1Registration@montefioreslc.org	70 Dubois Street, Newburgh, NY 12550

CONFIRMO QUE ENTIENDO Y ACEPTO LA EXPLICACIÓN O INFORMACIÓN QUE HE LEÍDO EN EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR. CONFIRMO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR PREGUNTAS SOBRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y TODAS ELLAS HAN SIDO RESPONDIDAS DE MANERA COMPLETA Y SATISFACTORIA. CONFIRMO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y COMPREENDO TOTALMENTE SU CONTENIDO.

Nombre del paciente/paciente/tutor*
en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

Intérprete (si es necesario)

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Hora

Testigo

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Hora

*The signature of the patient must be obtained unless the patient is an unemancipated minor under the age of 18 or is incompetent to sign.

NOTE: THIS DOCUMENT MUST BE MADE PART OF THE PATIENT'S MEDICAL RECORD