



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA EL INGRESO, EXAMEN Y TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para que el hospital, el médico del paciente y sus asistentes, y las personas por él designadas, lleven a cabo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios y aconsejables y la atención hospitalaria para el paciente. Reconozco que la práctica médica y quirúrgica no pertenecen a una ciencia exacta y que no es posible garantizar los resultados de la atención hospitalaria y el tratamiento médico. Reconozco el hecho de que el hospital posee autoridad para desechar las muestras tomadas para análisis de laboratorio o patológicas.

GUARANTÍA DE PAGO: Seré completamente responsable por el pago de los gastos hospitalarios del paciente, en base a los cargos presentados por el Hospital. El Hospital podrá solicitar el pago total de los gastos del paciente en cualquier momento y aún cuando no solicite el pago inmediato de los gastos, no me eximirá de la obligación de realizar dicho pago. Si los beneficios del seguro del paciente, que fueron asignados al Hospital, no cubren la totalidad o parte de la atención hospitalaria y médica brindada, comprendo y acepto la responsabilidad de realizar el pago del saldo adeudado.

HONORARIOS MÉDICOS: Comprendo que los honorarios del Médico no están incluidos en los gastos hospitalarios del paciente. Los médicos implicados en la atención facturarán directamente sus servicios profesionales.

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO: Asigno y estipulo a favor del Hospital el dinero y/o los beneficios hospitalarios que tengo derecho a recibir de parte de agencias gubernamentales, compañías de seguro u otras entidades que sean económicamente responsables de mi hospitalización y atención médica, para cubrir los costos de la atención y el tratamiento brindado, sin exceder los costos regulares del Hospital para este tipo de atención.

ASIGNACIÓN MÉDICA: Comprendo que la información que proporciono al solicitar el pago de acuerdo con el Título XVIII (Medicare) de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a divulgar la información necesaria para actuar para dicha solicitud. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados a mi nombre. Asigno el pago de los honorarios médicos impagos a quienes el Hospital tenga autorización para facturar. Comprendo que soy responsable de los deducibles, copagos y coseguros que correspondan según esta ley.

SALDOS A CRÉDITO: Comprendo que el Hospital podrá solicitar los saldos a mi favor en esta cuenta, con el fin de reducir las cuentas pendientes de pago por las cuales soy responsable.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/AVISO DE PRIVACIDAD: Por la presente, autorizo al Hospital a divulgar mi registro médico en forma total o parcial, según permita y/o lo exija la ley.

Reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad de parte de St. Luke's Cornwall Hospital.

Autorizo al Hospital a utilizar el nombre de paciente durante el tratamiento, por ejemplo, para identificarme, y, si corresponde, ni número de habitación, en juntas de pacientes o planes de tratamiento.

El Hospital podría utilizar mi nombre de paciente en el mostrador de información para permitir visitas o llamadas telefónicas personales.

Acepto **No acepto**

EXIMICIÓN DE RESPONSABILIDAD SOBRE LA PROPIEDAD PERSONAL: Eximo al Hospital de responsabilidad por la pérdida, robo o daño de la propiedad privada del paciente, a menos que se haya depositado en el Hospital para que lo guardase en un lugar seguro, según se indique en recibo escrito.

SE ME HA EXPLICADO ESTE FORMULARIO DE MANERA SATISFACTORIA Y COMPRENDO SU CONTENIDO.

_____ Paciente/Pariente/Guardián*	_____ Nombre 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	

*Debe figurar la firma del paciente, a menos que el paciente sea un menor de 18 años no emancipado o que no tenga capacidad para firmar.

NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBE FORMAR PARTE DEL REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE.