

CONSENTIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO

| Número de cuenta | Nombre del paciente | Fecha y hora de la admisión | Unidad/Número de Índice Maestro de Pacientes (MPI) |
|------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| | | | |

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS: Doy mi consentimiento para que se me realicen procedimientos de imágenes (radiografías, tomografías computarizadas o resonancias magnéticas [CT y MRI, respectivamente por sus siglas en inglés]), procedimientos de laboratorio, anestesia, tratamientos médicos o quirúrgicos, o servicios hospitalarios indicados por mis médicos tratantes o de consulta, o por quienes ellos designen.

Comprendo que mi atención en Self Regional Healthcare (en adelante, “el Hospital”) está bajo la dirección de mi médico tratante, sus asistentes y las personas por él designadas.

Reconozco que el Hospital no es responsable de ningún acto u omisión de mi médico tratante, sus asistentes o las personas por él designadas. No se me ha garantizado ni prometido ningún resultado específico de mi atención, tratamiento o mis procedimientos.

Sé que a todos los pacientes que llegan al Hospital se les realizan pruebas de detección, aun cuando no puedan pagarlas.

También comprendo que si se requieren más estudios de diagnóstico o tratamientos o procedimientos invasivos, será necesario que otorgue mi consentimiento específico previo a que se realicen los mismos.

RESTRICCIONES: Comprendo que mi médico, teniendo en cuenta mi beneficio, puede restringir la posibilidad de que deje mi unidad o el centro SRH y que, en caso de no obedecer dichas restricciones, se puede considerar que he abandonado el cuidado de manera voluntaria en contra del consejo médico (AMA, por sus siglas en inglés). En caso de que se considere que he dejado el cuidado AMA, comprendo que podré continuar el tratamiento apropiado solo a través del centro de atención de emergencias si así lo decido.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE RECIÉN NACIDOS: Solicito, autorizo y faculto a mi(s) médico(s) y a los de mi(s) bebé(s) recién nacido(s) a tomar cualquier medida para proporcionarle(s) el tratamiento médico o quirúrgico que considere(n) necesario.

CONSENTIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE SANGRE DE RECIÉN NACIDOS: Comprendo que las leyes de Carolina del Sur exigen que se realicen análisis de sangre a los recién nacidos para detectar ciertos trastornos genéticos. Acepto entregar los fluidos restantes a Greenwood Genetic Center para que los use como muestra de control estadístico. Comprendo, además, que las muestras entregadas a Greenwood Genetic Center no contendrán información que identifique que la muestra pertenece a mi bebé.

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE FLUIDOS CORPORALES/SANGRE: Acepto que el Hospital determine si mi sangre o mis fluidos corporales contienen virus infecciosos o contagiosos en caso de que un trabajador de atención médica o miembro del personal de emergencias entre en contacto con mi sangre o mis fluidos corporales. Comprendo que la información de dichas pruebas solo se divulgará cuando sea necesario para proteger mi salud, la salud de mi familia y la de los trabajadores de atención médica o miembros del personal de emergencias involucrados en mi tratamiento. Comprendo, además, que se puede entregar mi sangre a autoridades judiciales y policiales sin mi consentimiento específico a los fines de determinar la presencia de alcohol, drogas o ambas sustancias, de conformidad con los Códigos 56-5-2946 y 56-5-2950 de Carolina del Sur.

ACUERDO FINANCIERO: Acepto pagar todos los cargos médicos y del Hospital relacionados con los servicios que se me hayan prestado durante mi estadía o visita, de acuerdo con las tarifas y condiciones normales. Si a su vencimiento no he pagado mi(s) cuenta(s), acepto pagar gastos de cobranza razonables, incluidos honorarios de abogados y tarifas de una agencia de cobranza, así como la tasa legal de intereses. Asimismo, autorizo e insto al Hospital a utilizar cualquier sobrepago para liquidar otras cuentas que tanto yo como mi esposa o mis hijos tengamos en Self Regional Healthcare. Entre otras cuentas se incluyen las de nuestras afiliadas Self Medical Group y Edgefield County Healthcare. Asimismo, autorizo a otras cuentas de Self Regional Healthcare a aplicar cualquier saldo acreedor a la cuenta del Hospital que tanto yo como mi esposa o mis hijos tengamos. Reconozco que algunos de los médicos que me atienden no son empleados del Hospital, y que recibiré una factura separada de su parte, la cual deberé pagar.

CONSENTIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO

| Número de cuenta | Nombre del paciente | Fecha y hora de la admisión | Unidad/Número de Índice Maestro de Pacientes (MPI) |
|------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| | | | |

ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Asigno (asignamos) y autorizo (autorizamos) el pago directamente al Hospital o al (a los) médico(s) de cualquier derecho sobre cualquier póliza de seguro, plan de prestaciones sociales para empleados o plan de atención médica del gobierno que me (nos) corresponda o pudiera corresponderme (correspondernos), incluidos, entre otros: (1) prestaciones hospitalarias; (2) prestaciones médicas; (3) prestaciones de salud; (4) prestaciones del Programa de Información sobre Población (PIP); (5) prestaciones por enfermedad o lesiones; (6) o toda otra prestación social, de atención médica o por accidente de cualquier tipo que esté relacionada con el paciente o lo beneficie, ya sea asegurada o autofinanciada; (7) y el monto de cualquier reclamo resultante de, o relacionada con, la responsabilidad, o los pagos efectuados por un tercero o por cualquier persona, empleador o compañía aseguradora en representación del tercero, al paciente o para el paciente, a menos que la cuenta se haya pagado en su totalidad. Esto aplica a todo plan o programa regido por cualquier ley o programa estatal o federal, incluidos, entre otros: los planes regidos por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Trabajadores; Medicare, Medicaid, Champus (cobertura de salud para personal militar, retirados y personas a cargo) e indemnización laboral.

Autorizo (autorizamos) al Hospital/médico o a los representantes que estos hayan designado, a actuar en mi/nuestro nombre como “Representante autorizado”, según lo establece la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Trabajadores (ERISA, por sus siglas en inglés) y la regulación del Ministerio de Trabajo de los EE. UU., y el apoderado legal para: (1) cobrar prestaciones de todo tercero responsable a través de cualquier medio que se considere necesario; y (2) cobrar cheques de prestaciones pagaderos a mi nombre o a nombre del participante o asegurado; (3) solicitar y recibir una copia del resumen de descripción del plan; (4) presentar una reclamación de prestaciones; (5) apelar una determinación de prestaciones adversa; o (6) iniciar una acción legal/equitativa para recuperar prestaciones adeudadas del plan a mi nombre, independientemente de la validez de cualquier asignación aquí citada; (7) apelar o solicitar una “audiencia imparcial” ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS, por sus siglas en inglés) de cualquier disputa por reclamos con Organizaciones de Atención Administrada de Medicaid o Medicare; (8) apelar o solicitar una audiencia por reclamos de Medicare o Medicare Advantage en mi nombre.

Certifico (certificamos) y declaro (declaramos) que cualquier seguro que asigne(asignemos) es un seguro válido y vigente, y que tengo (tenemos) el derecho a efectuar esta asignación. Acepto (aceptamos) cooperar con el hospital cuando sea necesario para que ejerza sus derechos como Representante autorizado. En caso de ser elegible(s) para Medicare o Medicaid, solicitaré (solicitaremos) los servicios y prestaciones de Medicare y Medicaid. Comprendo que soy responsable por cualquier cargo que no esté cubierto por el seguro, Medicare, Medicaid o cualquier otra forma de prestación médica o social.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Autorizo al Hospital a proporcionar la historia clínica reunida durante mi admisión o tratamiento, a solicitud de una compañía aseguradora, Medicare, Medicaid o terceros responsables, cuyas prestaciones se hayan asignado al pago de beneficios. Comprendo que la ley exige informar sobre determinadas enfermedades, como cáncer, y que el Hospital brindará la información necesaria sobre mi afección. El Hospital también puede revelar información de salud relacionada con trabajos o vigilancia médica a mi empleador.

POLÍTICA DEL HOSPITAL PARA FUMADORES: Reconozco que Self Regional Healthcare mantiene los ambientes libres de humo en sus dependencias e instalaciones. Acepto no fumar en ninguna de las dependencias e instalaciones de Self Regional Healthcare.

ARTÍCULOS PERSONALES DE VALOR: Reconozco que el Hospital no es responsable de los bienes personales que queden en mi habitación y no se hará responsable de ninguno de mis bienes personales, salvo que el Hospital acepte hacerse cargo de su cuidado y se emitan recibos por todos los artículos. También acepto que mis objetos personales pequeños (anteojos, dentaduras postizas, etc.) son mi responsabilidad o la de mi familia.

FOTOGRAFÍAS: Doy mi consentimiento para el uso de fotografías con fines de diagnóstico, tratamiento o prestación de servicios. Reconozco, asimismo, que dichas fotografías pueden usarse también para fines internos del Hospital, por ejemplo, para mejorar el desempeño del personal o brindar capacitación.

CONSENTIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO

| Número de cuenta | Nombre del paciente | Fecha y hora de la admisión | Unidad/Número de Índice Maestro de Pacientes (MPI) |
|------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| | | | |

LAS SIGUIENTES SECCIONES SOLO SE APLICAN A PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS Y EN OBSERVACIÓN

LEY LEWIS BLACKMAN SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: He revisado una copia de la "Notificación para el paciente" y entiendo mis derechos. Comprendo que el Hospital mantiene un sistema que puedo utilizar para contactar rápidamente al médico que me atiende o a la persona por él designada para hablar sobre mi atención médica o mi enfermedad. También comprendo que, si es necesario, mi enfermero u otros cuidadores me ayudarán a contactar al médico que me atiende o a la persona por él designada.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Tiene un testamento vital? | Sí | No |
| Si tiene, ¿la copia que está en los registros de Self Regional Healthcare es la más reciente? | Sí | No |
| Si la versión más reciente no está en los registros de Self Regional ¿se le pidió que traiga una copia de la versión más reciente? | Sí | No |
| ¿Tiene un poder notarial para atención médica (HCPOA)? | Sí | No |
| Si tiene, ¿la copia que está en los registros de Self Regional Healthcare es la más reciente? | Sí | No |
| Si la copia que está en los registros de Self Regional Healthcare no es la más reciente, ¿se le indicó que trajera una copia de la versión más reciente? | Sí | No |
| ¿Le gustaría obtener más información sobre testamentos vitales, poderes duraderos o instrucciones anticipadas? | Sí | No |

He leído y comprendido plenamente este documento y puedo obtener una copia si así lo solicito. Acepto todos sus términos y condiciones.

| | | | |
|----------------|------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| _____ Fecha | _____ Testigo | _____ Paciente o representante autorizado | _____ Relación con el paciente |
|----------------|------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|

| | | | |
|----------------|------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| _____ Fecha | _____ Testigo | _____ Paciente o representante autorizado | _____ Relación con el paciente |
|----------------|------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|