FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL, CENTRO MÉDICO REGIONAL DE FIRELANDS, SANDUSKY, OHIO

1. Consentimiento: Doy mi consentimiento para la atención médica, de emergencia y de enfermería, los procedimientos de diagnóstico, los medicamentos y los tratamientos terapéuticos que mis proveedores de atención médica consideren necesarios. Reconozco que mientras esté en el hospital estoy bajo la supervisión de uno o más médicos tratantes y que el hospital y su personal no serán responsables de seguir las instrucciones de dicho(s) médico(s). Reconozco que todos los proveedores que me brindan servicios, incluyendo, entre otros, el radiólogo, el anestesiólogo, el patólogo, los médicos de urgencias y los hospitalistas, son contratistas independientes y no empleados del hospital. Me doy cuenta de que el hospital es un centro de enseñanza y doy mi consentimiento para que los estudiantes, pasantes y residentes realicen varios procedimientos supervisados por profesionales experimentados. Doy mi consentimiento para la prueba y la eliminación de cualquier muestra de mi sangre, tejido, partes o fluidos que puedan extraerse durante la prueba, cualquier cirugía u otro procedimiento. En caso de que un trabajador de la salud crea que ha estado expuesto a mi sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para que se realicen análisis de sangre para detectar enfermedades transmisibles graves, incluyendo el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), hepatitis B, hepatitis C y sífilis. Entiendo que se me pueden hacer estas pruebas sin mi consentimiento si un empleado del hospital, un socorrista de emergencia (como un oficial de policía, un bombero o un paramédico) o un profesional de la salud sufre una exposición percutánea, de una membrana mucosa o una herida abierta a mi sangre u otros fluidos corporales. Doy mi consentimiento para el monitoreo de video de mi habitación del hospital. Entiendo que el monitoreo de video se transmitirá a través de un circuito cerrado, transmisión de video en vivo a una estación de monitoreo remota. Entiendo que esta transmisión en vivo será monitoreada por personal de enfermería para mi seguridad y no será registrada.

2. Acuerdo financiero: Acepto pagar en su totalidad todos y cada uno de los cargos por los servicios del hospital y del proveedor que no estén cubiertos por el seguro u otros beneficios. Si cualquier pago por cualquier parte de mi visita es denegado o reducido por mi seguro, beneficio o cobertura de empleador, por la presente otorgo a Firelands Regional Medical Center el derecho de apelar directamente a mi seguro, compañía de beneficios y/o empleador cualquier denegación o determinación de la reducción. Autorizo el pago directamente a Firelands Regional Medical Center y/o proveedores de todos los beneficios de atención médica y/o beneficios grupales, incluyendo los beneficios de Medicare, pagaderos a mí, pero que no excedan los cargos del hospital por este período de hospitalización o tratamiento. Certifico que la información proporcionada por mí en apoyo de mi solicitud de beneficios de atención médica es verdadera. Acepto que el pago completo que no se reciba dentro de los 45 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta resultará en un cargo adicional del 1% por mes y costos de cobranza razonables, incluyendo, entre otros, los honorarios de los abogados. Doy mi consentimiento expreso para recibir llamadas telefónicas de un sistema de marcación telefónica automática, mensajes artificiales y/o pregrabados, correos electrónicos, mensajes de texto u otra comunicación electrónica de Firelands Regional Medical Center, y/o sus contratistas, administradores, agencias de cobro de deudas, o agentes por cualquier motivo utilizando cualquier número de teléfono, dirección de correo electrónico y/o dirección postal asociada con mi cuenta u obtenida por dichas entidades. Acepto que mi consentimiento solo se puede revocar mediante el envío de un aviso por escrito a Firelands Regional Medical Center o sus agentes. Acepto arbitrar cualquier reclamo que haría en virtud de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico, y renuncio a cualquier derecho/capacidad de presentar una demanda colectiva contra Firelands Regional Medical Center y/o sus contratistas, administradores, agencias de cobro de deudas o agentes, según corresponda ya que pertenecería a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico.

3. Divulgación de información: Autorizo al hospital/sistema de salud y a cada proveedor que me atendió a divulgar, según sea necesario, cualquier información médica o de otro tipo sobre mí adquirida, a partir de esta fecha, a cualquier parte responsable del pago de mi atención para que el hospital/sistema de salud/proveedor obtenga el pago y a cualquier participante en las auditorías de dichos pagos. Esta autorización para divulgar información con fines de pago incluye todos los registros, incluyendo los servicios médicos, y aquellos registros, si corresponde, que están protegidos bajo la regulación en el código 42 de las Regulaciones Federales, Parte Dos, registros de salud mental, servicios para drogas y o abuso de alcohol, servicios sociales y tratamiento de enfermedades transmisibles graves, incluido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infección por VIH, complejo relacionado con el SIDA y hepatitis. Esta autorización es efectiva solo mientras sea necesario para obtener el pago o reembolso y terminará cuando se reciba el pago o reembolso completo. Autorizo la liberación de mi registro médico, toda la información necesaria para continuar con el tratamiento médico o según lo exija la ley. Ordeno que la información sea enviada a los proveedores que me refirieron, los proveedores que me atendieron y cualquier proveedor o agencia que pueda brindar atención de seguimiento después de mi alta, transferencia o finalización de los servicios. Ordeno la transferencia de mi información de salud/registros médicos entre los servicios del Sistema Regional de Salud de Firelands según sea necesario para mi tratamiento médico. En caso de que dé positivo o me diagnostiquen una enfermedad transmisible grave y si algún proveedor de atención médica se expone a mi sangre o fluidos corporales, autorizo la divulgación de los diagnósticos pertinentes por un período de 90 días a mi proveedor o trabajador de servicios de emergencia, como se define en el Código Revisado de Ohio 3701.24. En caso de que reciba un dispositivo implantable, autorizo la divulgación de mi número de seguridad social al fabricante, de conformidad con la ley federal. Entiendo que si surge la necesidad, el fabricante utilizará este número para ayudar a localizarme. Entiendo que esta autorización para divulgar información médica puede retirarse ya que se aplica únicamente al abuso de alcohol o drogas, con excepción de la información sobre el abuso de alcohol o drogas que se haya divulgado antes de dicho retiro. Puedo retirar esta autorización notificando por escrito al Departamento de Registros Médicos/Información de Salud.

4. Sin garantía: Entiendo que un proveedor analizará los beneficios, los riesgos y las alternativas de atención razonables y previsibles conmigo o con cualquier representante. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha hecho ninguna garantía o promesa sobre el resultado del tratamiento y/o procedimientos de diagnóstico en el hospital.
   Además, entiendo y acepto que el Hospital no será responsable por la pérdida, robo o daño de cualquier propiedad personal u objeto de valor. Acepto la responsabilidad por aquellos artículos que elijo mantener en mi posesión.
   Por la presente reconozco que recibí el Aviso de prácticas de privacidad de Firelands Regional Medical Center que establece las formas en que Firelands Regional Medical Center puede usar o divulgar mi información médica protegida y describe mis derechos con respecto a dicha información.

   HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO O ME LO HAN LEÍDO. MIS PREGUNTAS AL RESPECTO HAN SIDO RESPONDIDAS.

   El paciente no puede firmar. Motivo:_____ Testigo:_____

_____	_____	_____	_____
Firma del Paciente o Representante	**Relación**	**Testigo**	**Fecha**