



Place Patient Label Here

CONSENTIMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO: Doy mi consentimiento para la atención, el tratamiento y los procedimientos que pueden realizarse durante esta hospitalización, observación, cirugía ambulatoria o visita de emergencia para pacientes internados. Mi profesional médico me informará sobre las recomendaciones relacionadas con mi tratamiento que pueden incluir exámenes, exámenes o cirugía, y me reservo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento recomendado. Soy consciente de que puedo ser fotografiado o grabado en video para documentar mi tratamiento o cuidado en mi registro médico. Todas esas fotografías y cintas de video son confidenciales. SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD (MENOS DE 15 ANOS DE EDAD) O ES LEGALMENTE INCOMPETENTE PARA FIRMAR POR SU PROPIA ATENCION MEDICA, EL PADRE OR TUTOR LEGAL PUEDE INSCRIBIRSE EN SU LUGAR.

LANZAMIENTO DE INFORMACION ESPECIALMENTE PROTEGIDA: Se requerirá una autorización por separado para la divulgación de la siguiente información: diagnóstico de VIH positivo, registros del programa de adicción a las drogas / alcohol, notas de psicoterapia y / o registros del programa de salud mental.

MEDICOS: Los servicios profesionales prestados por contratistas independientes no son parte de la factura del hospital. Estos servicios se le facturarán al paciente por separado. Entiendo que se puede solicitar a los médicos u otros profesionales de la salud que me brinden atención o servicios en mi nombre o en mi nombre, pero que es posible que no vea o no me examinen todos los médicos o profesionales de la salud que participan en mi cuidado; por ejemplo, es posible que no vea a los médicos que brindan servicios de radiología, patología, interpretación de EKG y anestesiología. Entiendo que, en la mayoría de los casos, habrá un cargo por separado por los servicios profesionales prestados por los médicos a mí o en mi nombre, y que recibiré una factura por estos servicios profesionales que es independiente de la factura por los servicios hospitalarios.

LIBERACION DE INFORMACION: Autorizo a SHS a divulgar información de mis registros médicos a cualquier compañía de seguros o agencia gubernamental con el fin de procesar mis reclamos de servicios de atención médica.

OBSERVADORES/ESTUDIANTES/RESIDENTES: Las ubicaciones de SHS brindan experiencia clínica para diversos programas educativos. Entiendo que los estudiantes o los profesionales de la salud pueden observar o participar en mi cuidado como parte de los programas educativos autorizados por este centro.

PROPIEDAD PERSONAL: Acepto que SHS no es responsable de la pérdida o daño de objetos de valor o personales (incluidos anteojos, prótesis dentales, audífonos, lentes de contacto, dispositivos electrónicos personales y teléfonos celulares). Entiendo que los hospitales de SHS tienen alojamiento para guardar dinero, joyas, documentos u otros objetos de valor a pedido. Entiendo que cualquier propiedad personal no reclamada dentro de los 30 días de mi alta se eliminará de acuerdo con la política de SHS.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por el seguro. También entiendo que soy responsable de pagar deducibles, coseguros y copagos. Acepto realizar el pago de acuerdo con las políticas de crédito de SHS. Para evitar un cargo financiero, todos los cargos acumulados deben pagarse en su totalidad dentro de los 90 días posteriores a la fecha de cierre del primer estado de cuenta. También entiendo que los saldos de crédito de menos de \$ 10.00 serán reembolsados solo por solicitud y si el cheque de reembolso en la cantidad de \$ 20 o menos no se cobra, perderé el monto como cargo por servicio (ORS 98.311).

ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO: La información que he proporcionado es verdadera y precisa en la medida de mis posibilidades. Dirijo y asigno todas las compañías de seguros, planes de servicios de atención médica y otros terceros pagadores para realizar el pago directamente a SHS.

SOLICITUD DE PAGO Y CERTIFICACION DE MEDICARE: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social o Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico u organización que proporciona los servicios o los autorizo a enviar un reclamo a Medicare para que me paguen.

CONSENTIMIENTO PARA ANALISIS DE SANGRE: Doy mi consentimiento para que mi sangre sea analizada en busca de anticuerpos contra el VIH y la hepatitis en caso de que un trabajador de atención médica de SHS u otra persona tenga una exposición accidental a mi sangre y / o fluidos corporales. Entiendo que puedo obtener los resultados de estas pruebas de mi médico que me los puede explicar. Entiendo que no habrá ningún costo para las pruebas.

Declaración de exclusión

[] NO DOY permiso para analizar mi sangre en busca de anticuerpos contra el VIH y la hepatitis en el caso de que un trabajador de atención médica de SHS u otra persona tenga una exposición accidental a mi sangre y / o fluidos corporales.

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE: Revisé una copia de Derechos y responsabilidades del paciente y el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que puedo obtener una copia si la solicito.

Paciente o Representante del Paciente (Patient or Patient's Representative)

Parentesco con el Paciente (Relationship to the Patient)

Testigo (Witness)

Fecha/Hora (Date/Time)

