



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO
(CONSENT TO TREATMENT)
Spanish**

<input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy	<input type="checkbox"/> CUMC-University Campus	<input type="checkbox"/> Good Samaritan	<input type="checkbox"/> Immanuel	<input type="checkbox"/> Lakeside
<input type="checkbox"/> Mercy Corning	<input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs	<input type="checkbox"/> Midlands	<input type="checkbox"/> Missouri Valley	<input type="checkbox"/> Nebraska Heart
<input type="checkbox"/> Plainview	<input type="checkbox"/> Schuyler	<input type="checkbox"/> St. Elizabeth	<input type="checkbox"/> St. Francis	<input type="checkbox"/> St. Mary's
<input type="checkbox"/> Other _____				

Consentimiento para el Tratamiento: Tengo una enfermedad que necesita de un examen médico, diagnóstico y tratamiento y por ello doy mi consentimiento para los procedimientos acostumbrados para el cuidado incluyendo pero no limitados a rayos x, exámenes de laboratorio, exámenes de rutina para el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos (“Servicios”) realizados por mi(s) médico(s) de admisión y tratantes, el(los) cual(es) pueden o no ser empleados por el hospital y a sus asistentes de él/ella o a sus designados, incluyendo el personal empleado por CHI Health. Entiendo que las fotografías, videocintas, imágenes digitales u otras imágenes que pudieran ser grabadas para documentar mi cuidado, y doy mi Consentimiento a esto, y para CHI Health a retener los derechos de propiedad sobre estas imágenes. Se obtendrá un consentimiento por separado para la divulgación de fotografías de cualquier imagen fuera de CHI Health que me identifique y se utilicen para fines tales como la educación y comercialización. Entiendo que dicho cuidado puede incluir riesgos y que no hay garantías en relación a los resultados de este tratamiento o examen. También, entiendo que tengo el derecho de tomar decisiones con respecto a mi cuidado de la salud, incluyendo el derecho a rechazar procedimientos/tratamientos médicos y quirúrgicos. Para cualquier notificación o autorización en referencia a este documento una copia de esta forma se puede utilizar en lugar del original.

Educación Clínica e Investigación: Estoy de acuerdo con la participación supervisada de estudiantes de atención de la salud (como, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería, internos, residentes, becarios, estudiantes clínicos no médicos, etc.) en mi cuidado. Entiendo que los registros del paciente y especímenes obtenidos de mi cuerpo para propósitos de atención médica pueden ser retenidos y utilizados con fines educativos y de investigación, de conformidad con la normativa aplicable. Los tejidos deberán desecharse de acuerdo con las prácticas usuales y habituales del hospital.

Estado Independiente de Médicos: Reconozco que no todos los médicos, y los proveedores de salud, incluyendo, pero no limitados a, Enfermeras Anestesiadas Certificadas, Radiólogos, Médicos de Medicina de Emergencia, Anestesiólogos, Terapeutas Físicos, Ocupacional y del Habla, residentes o estudiantes médicos (bajo la supervisión de Médicos y/o residentes) quienes me proporcionan Servicios durante esta admisión son empleados o agentes de CHI Health. Tales individuos son CONTRATISTAS INDEPENDIENTES a quienes se les concede privilegios para utilizar las Instalaciones de CHI Health para Pacientes privados y que serán facturados por separado por sus Servicios. En adición, Entiendo que CHI Health no es responsable ni asume responsabilidad por los actos u omisiones de tales contratistas independientes.

Asignación de Beneficios del Establecimiento: Por medio de la presente, asigno todos los beneficios de seguro y/o Medicare/Medicaid a CHI Health y autorizo el pago directo a CHI Health. Esta asignación incluye específicamente, pero no se limita a, los beneficios y recaudaciones de seguro médico mayor y seguro de discapacidad. Esta asignación también incluye recaudaciones y beneficios acumulados bajo cualquier convenio, estructurado o no, u otorgados bajo juicio por daños personales causados por un tercero. Acepto pagar cualquier y todos los cargos no pagados según esta asignación. Una fotocopia de esta asignación será tan válida como la original.

Asignación de Beneficios Profesionales: Por medio de la presente asigno todos los beneficios de seguro y/o de Medicare/Medicaid a todos los médicos profesionales que me proporcionan servicios y autorizo el pago directo al(los) médico(s). Esta asignación incluye específicamente, pero no se limita a, los beneficios y recaudaciones de seguro médico mayor y seguro de discapacidad. Esta asignación también incluye recaudaciones y beneficios acumulados bajo cualquier convenio, estructurado o no, o adjudicados en una sentencia por daños personales causados por un tercero. Acepto pagar cualquier y todos los cargos no pagados según esta asignación. Una fotocopia de esta asignación será tan válida como la original.

Representante Autorizado: Por medio de la presente autorizo a CHI Health, sus agentes y representantes actuar en mi nombre para recuperar reclamos de beneficios, apelar determinaciones adversas de beneficios y tomar cualquier medida que se considere necesaria para obtener pago por servicios proporcionados a mí por CHI Health.

Declaración de Responsabilidad Financiera: Entiendo que soy financieramente responsable ante CHI Health como el paciente, padres, tutores legales, conservadores o asegurado por todos los cargos no cubiertos por los arriba asignados. Los cargos pueden incluir deducibles de seguro médico, co-seguro o gastos de desembolso personal, o el cargo adicional de una habitación privada en donde me han ubicado debido a una petición personal. Autorizo a CHI Health o médico(s) a tener acceso y revisar mi reporte de crédito con propósitos relacionados a la facturación o colección de cuentas por pagar a CHI Health o médico(s).



C S 0 0 1 0

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO (CONSENT TO TREATMENT)

Spanish

Consentimiento de Comunicación: Al proporcionar mi celular, teléfono fijo, o cualquier otro número(s), Yo expresamente autorizo a recibir comunicaciones del hospital, su personal, o sus contratistas, agentes de colección, y otros, en cualquier número que proporcione o que luego sean obtenidos por mí. Estas partes pueden usar esta información para contactarme por un agente en persona, correo de voz, usando un marcador de teléfonos automático u otra tecnología asistida por computadora, mensajes pre grabados, o por cualquier otra forma de comunicación electrónica para cualquier propósito incluido, pero no limitado a, citas, recordatorios de cuidado de seguimientos para la salud, programación de citas, mi(s) cuenta(s), asignaciones de beneficios, y/o responsabilidad financiera. Entiendo que dependiendo del plan de mi teléfono yo puedo tener cargos por estas llamadas o mensajes de textos. Yo estoy de acuerdo en proporcionar nuevos números si mi número cambia. Proporcionando estos números no es una condición para recibir servicios de cuidado de salud.

Instrucciones Avanzadas de Atención Médica: Yo comprendo que puedo indicar por escrito (Directivas Avanzadas, por ejemplo Testamento en Vida, Poder Notarial Duradero para la Atención Médica) mis deseos de recibir, seleccionar y/o definir tratamiento médico o quirúrgico, o elegir no-tratamiento. CHI Health reconoce dichas instrucciones de acuerdo a la ley estatal y CHI Health si ya sea o ambos o ambas declaraciones de Directiva Avanzada se proporcionan a CHI Health una copia pueda archiversse con mi expediente médico.

Objetos Personales de Valor: Yo comprendo que los establecimientos de CHI Health mantienen una caja fuerte para la custodia de dinero u objetos de valor. Entiendo que, a excepción de tal dinero y objetos de valor que deposite para custodia con CHI Health no será responsable de la pérdida o daño de mi propiedad personal. Acepto responsabilidad total por toda propiedad que quede en mi posesión. También entiendo que deberé de informar al empleado de admisiones o a una enfermera si traigo cualquier equipo eléctrico al establecimiento de CHI Health (como, ventiladores, máquinas de BIPAP, máquinas de CPAP) y me acato a las políticas de CHI Health en relación a su uso. Asumo la responsabilidad por completo para tal uso del equipo eléctrico y por cualquier lesión causada por el uso del equipo eléctrico traído de casa.

Derechos del Paciente: Yo el firmante he recibido un documento por separado informándome de mis derechos y responsabilidades como un paciente.

Para todos los pacientes: Acuse de recibo de la notificación de las prácticas de privacidad.

Por favor escriba sus iniciales: _____ **Acuse de recibo de las Prácticas de Privacidad de CHI Health.**

Solamente Para Pacientes Hospitalizados: Acuse de recibo de los derechos e información como paciente.

Por favor escriba sus iniciales: _____ **Reconozco que se me proporcionó información acerca de mis derechos y responsabilidades de paciente.**

El (la) abajo firmante certifica que él o ella ha leído la información anterior, es el (la) paciente, el (la) tutor(a) del (de la) paciente, apoderado(a), padre, madre o está debidamente autorizado(a) por el padre o la madre, o en su nombre, para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente/Si el paciente es menor de edad/Un poder legal/Tutor legal (Patient's Signature/Parent if Minor/Power of Attorney/Guardian)	Fecha (Date)	Hora (Time) <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Firma del representante del paciente (Patient Representative's Signature)	Relación con el paciente (Relationship to Patient)	
Witness to Signature (Testigo de las firmas)	Date (Fecha)	Time (Hora) <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Patient Unable to Sign Consent Because (El paciente no ha podido firmar consentimiento debido a)	Name and/or ID of Interpreter, if used/applicable (Nombre y/o identificación del interprete, si fue utilizado uno/si aplica)	