

NOMBRE DEL PACIENTE:

IDENT. DEL PACIENTE:

INSTALACIÓN:

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Al firmar este Formulario de Responsabilidad Financiera y Autorización del Paciente ("Formulario"), entiendo que soy personalmente responsable por el pago de los procedimientos de acceso vascular y otros servicios que reciba en la instalación para pacientes externos indicada anteriormente ("Instalación") que es administrada/operada por Lifeline Vascular Access ("Lifeline"), según los honorarios usuales y corrientes de la instalación (disponibles para su consulta si los solicita). Mi responsabilidad financiera continuará hasta que la compañía de seguros reembolse a la Instalación/Lifeline por dichos servicios o la Instalación/Lifeline me libere de toda responsabilidad.

A cambio de los tratamientos y servicios de la Instalación, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **Asignación de beneficios; embargo.** Por la presente, asigno a la Instalación/Lifeline todos mis derechos, título e interés en cualquier causa de acción y/o pago que se me deba (o se deba a mis dependientes o mi sucesión) bajo cualquier plan de beneficios de empleados, plan de seguros, fondos de fideicomiso sindical, o plan similar (el "Plan"), en el que soy participante o beneficiario de los servicios, medicamentos o suministros provistos por la Instalación ("Servicios") para mí o mis dependientes. También por la presente designo a Lifeline como beneficiario bajo dicho Plan e indico que cualquier pago sea hecho únicamente y sea enviado directamente a la Instalación/Lifeline. Si recibo cualquier pago directamente del Plan por Servicios provistos a mí o mis dependientes por la Instalación, acuerdo endosar inmediatamente y enviar dicho pago a la Instalación/Lifeline. Estoy de acuerdo que la Instalación/Lifeline tendrá un embargo automático contra dicho pago que reciba de cualquier Plan. Si no cumplo mis obligaciones bajo esta cláusula, entiendo que la Instalación/Lifeline puede perseguir el cobro y tomar medidas judiciales en mi contra. En este caso, seré responsable por los costos de recolección (incluyendo honorarios judiciales razonables) que sean incurridos por la Instalación/Lifeline.
2. **Recolección de beneficios/medidas judiciales.** Estoy de acuerdo en asistir y cooperar con Lifeline para obtener el pago de cualquier Plan por los Servicios, provistos a mí (o mis dependientes) por la Instalación. Esto incluye, sin limitación, mi participación como demandante en litigios, arbitrajes, apelaciones o cualquier medida o juicio, con gastos a cuenta de la Instalación, que surjan de la disputa entre la Instalación/Lifeline y cualquiera de los Planes relacionados con cualquier pago por mis Servicios recibidos de la Instalación que sea demandado por Lifeline.
3. **Lifeline como Representante Autorizado.** Por la presente, autorizo a la Instalación/Lifeline (incluyendo sus abogados y/o representantes) a que actúen en mi nombre o de mis dependientes o de mi sucesión, para perseguir las reclamaciones o apelaciones por beneficios de determinaciones adversas de beneficios bajo cualquier Plan. Por la presente autorizo a la Instalación/Lifeline y a sus abogados a perseguir todos los derechos y soluciones legales disponibles que consideren apropiados para poder recolectar de los Planes por dichos Servicios. Por la presente, estoy de acuerdo en seguir los procedimientos establecidos por cualquier Plan para autorizar a la Instalación/Lifeline en esta capacidad.
4. **Deducible, coseguro y copago del paciente.** Para Medicare y ciertas otras compañías de seguros, donde la Instalación acepte la determinación del cargo como pago total, soy responsable solamente por mi deducible anual, coseguro y mis copagos, si los hay. Si soy un beneficiario de Medicare, dicha responsabilidad financiera podría aplicarse a los servicios de laboratorios clínicos provistos por Lifeline.
5. **Reducción de gastos y participación en el costo (SOC por sus siglas en inglés).** Entiendo que si participé en el programa de Medicaid del estado con una reducción de gastos, participación en el costo u otro programa de participación en el costo que requiere que yo comparta el costo de mi atención médica, acuerdo pagar el monto de la reducción de gastos, participación en el costo u otra participación en el costo en el momento en que se prestan los servicios o cuando me facturen la reducción de gastos, participación en el costo u otro monto de participación en el costo.
6. **Sucesores, herederos y sucesión.** Deseo que las obligaciones y representaciones que contiene este documento sean obligatorias para mis herederos, representantes legales, sucesores y mi sucesión. Estoy de acuerdo en no asignar mis beneficios bajo cualquier Plan a ninguna otra persona o firma por los Servicios provistos a mí o mis dependientes por la Instalación.

Este Formulario continuará durante el tratamiento de la Instalación y con posterioridad, hasta que la Instalación/Lifeline reciba el pago completo por los Servicios provistos a mí o mis dependientes por la Instalación, o la reclamación de la Instalación/Lifeline por los pagos sea pagada o cancelada. Entiendo que si no cumplo los términos y condiciones anteriores, la Instalación/Lifeline podrá solicitar el pago a mí directamente, según sea apropiado y/o pedirme que sea transferido inmediatamente a otro centro de acceso vascular.

Si cualquier parte de este formulario se considera imposible de hacer cumplir, las cláusulas restantes mantendrán toda su fuerza y efecto. Entiendo que puedo contratar a un abogado con gastos por mi cuenta para que me represente con respecto a este Formulario.

Me han explicado este Formulario en persona por el miembro del equipo de Lifeline identificado a continuación:

Nombre del paciente/representante: _____ Nombre del miembro del equipo en letra de molde: _____

Relación del Representante con el Paciente: _____
(Si corresponde)

Fecha: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o Representante: _____ Firma del miembro del equipo: _____

La educación del paciente sobre la seguridad

Se reconoce que una relación personal entre el médico y el paciente es esencial para la entrega de una atención médica adecuada. La relación tradicional entre médico y paciente adquiere una nueva dimensión cuando se brinda la atención dentro de la estructura de una organización. Los precedentes legales han establecido que la organización misma tiene la responsabilidad de la educación del paciente sobre la seguridad. Es en reconocimiento de estos factores que se declaran estos derechos y responsabilidades.

1. El paciente tiene el derecho a informar cualquier preocupación sobre la seguridad a la Comisión Conjunta.
2. El paciente entiende la importancia y necesidad de procedimientos de pausa y marcado del lugar quirúrgico antes del comienzo de los procedimientos
3. El paciente entiende la importancia y necesidad de usar identificadores correctos sobre el nombre del paciente y el procedimiento a realizar.
4. El paciente entiende qué procesos y procedimientos se realizan en este centro para prevenir infecciones y eventos adversos.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Es la responsabilidad del paciente participar completamente en las decisiones relacionadas con su propia seguridad y aceptar las consecuencias de estas decisiones si ocurren complicaciones.

Fecha: _____

Firma del paciente _____ Testigo _____



Nombre del Centro de Acceso: _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA MEDIDAS DE RESUCITACIÓN DEL CENTRO DE ACCESO

**ESTA NO ES UNA REVOCACIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS
NI A LAS CARTAS PODER MÉDICAS**

Todos los pacientes tienen el derecho a participar en sus propias decisiones con respecto a su salud y tomar decisiones con respecto a asuntos serios o ejecutar sus Cartas Poder que autorizan a otros a tomar decisiones por parte de los deseos que los pacientes expresan, cuando se trata de pacientes que no tienen la capacidad de tomar decisiones o no tienen la capacidad de comunicar sus decisiones. Este Centro de Acceso respecta y sostiene esos derechos.

Sin embargo, a diferencia de un hospital con cuidado intensivo, este Centro de Acceso no realiza de forma rutinaria procedimientos de riesgo alto. La mayoría de los procedimientos que se realizan en estas instalaciones son considerados de riesgo mínimo. Es claro también que ninguna cirugía está libre de riesgo alguno. Usted tendrá la oportunidad de hablar de los riesgos de su procedimiento con su médico, quien podrá contestarle sus preguntas con respecto al riesgo asociado, cuándo se espera que usted se recupere y el cuidado que necesitará después de su cirugía.

Por lo tanto, y en base a nuestra política de Derechos del Paciente con respecto a Instrucciones Avanzadas, sin importar el contenido de cualquier instrucción anticipada o las instrucciones de un Designado Responsable para Asuntos de Salud o un Abogado, si llegara a ocurrir un evento adverso durante su tratamiento en este Centro de Acceso, tendremos que iniciar medidas para la resucitación u otras para estabilizar al paciente, y transferirlo a un Hospital de Cuidado Intensivo para una evaluación más profunda. En el hospital de cuidado intensivo, el uso de más tratamientos o la eliminación de un tratamiento que ya ha comenzado serán ordenados ya sea según sus deseos, según Instrucciones Anticipadas para Decisiones Serias o según una Carta Poder para Asuntos de Salud. Al estar usted de acuerdo con esta política por medio de su firma en seguida no revoca ni hace inválida cualquier Instrucción de Cuidado de Salud o cualquier Carta Poder para Asuntos de Salud.

Si usted no está de acuerdo con esta política, tendremos el placer de asistirle a programar el procedimiento para otra fecha o le daremos una lista de clínicas para su consideración que puedan estar de acuerdo en realizar el procedimiento sin suspender sus Instrucciones Anticipadas.

Por favor marque la casilla apropiada contestando las siguientes preguntas. ¿Ha usted ejecutado Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud, un Testamento, una Carta Poder que autorice a alguien a tomar decisiones de Cuidado de Salud en su representación?

- Sí, tengo Instrucciones Anticipadas, un Testamento o una Carta Poder para Asuntos de Salud.
- No, no tengo Instrucciones Anticipadas, un Testamento ni una Carta Poder para Asuntos de Salud.
- Me gustaría recibir más información con respecto a Instrucciones Anticipadas.

Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo su contenido, y estoy de acuerdo con la política según se describe. Si he indicado que deseo mayor información, reconozco por medio de ésta que ya he recibido esa información.

Firmada por: _____
(Firma del paciente)

APELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA

En caso de dar consentimiento al procedimiento por parte de otra persona que no sea el Paciente, esta forma debe ser firmada por la persona que da consentimiento o aprobación.

RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO SU CONTENIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA POLÍTICA SEGÚN SE DESCRIBE.

Firmada por: _____
(Firma)

(Escribir nombre con letra de molde)

RELACIÓN CON EL PACIENTE

- Persona Responsable Asignada por una Corte
- Designado Responsable para Asuntos de Salud
- Abogado asignado al caso
- Otro

- 9 **El paciente** tiene el derecho a recibir consejos sobre si esta institución de cirugía ambulatoria propone participar o completar experimentos humanos que afecten a su tratamiento o atención. El paciente tiene el derecho a rechazar la participación en dichos proyectos de investigación.
- 10 **El paciente** tiene el derecho a una continuidad razonable de la atención. El paciente tiene el derecho a esperar que esta institución ofrezca un mecanismo a través del cual él o ella reciban información de su médico sobre los requisitos de continuidad de la atención médica del paciente luego de su alta.
- 11 **El paciente** tiene el derecho a examinar y recibir una explicación sobre su factura independientemente de la fuente de pago.
- 12 **El paciente** tiene el derecho a saber qué reglamentaciones y normas de la institución se aplican a su conducta como paciente.
- 13 **El paciente** tiene el derecho a solicitar información sobre el proceso de presentación de una queja en el Centro. Si el paciente presenta una queja en el Centro, él o ella tienen el derecho a conversar inmediatamente con el Director Clínico o la persona asignada que lo sustituya para responder a la queja. Se puede completar una queja formal por escrito para permitir una evaluación adicional de la queja.
- 14 **El paciente** tiene el derecho a no sufrir abuso o negligencia química, física y psicológica.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Es la responsabilidad del paciente participar completamente en las decisiones relacionadas con su propia atención médica y aceptar las consecuencias de estas decisiones si ocurren complicaciones.

Se espera que el paciente cumpla las instrucciones de su médico, tome los medicamentos cuando sean recetados y haga preguntas relacionadas con su propia atención médica que le parezcan necesarias.

Fecha: _____

Firma del paciente X _____ Testigo _____

Carta de derechos del paciente

Se reconoce que una relación personal entre el médico y el paciente es esencial para la prestación de una atención médica adecuada. La relación tradicional entre el médico y el paciente adquiere una nueva dimensión cuando la atención se presta dentro de una estructura organizacional. Los antecedentes legales han establecido que la institución misma también asume una responsabilidad ante el paciente. Como reconocimiento de estos factores, se afirman estos derechos.

- 1 El paciente tiene el derecho a recibir una atención considerada y respetuosa.**
- 2 El paciente tiene el derecho a obtener de su médico información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se espere razonablemente que el paciente pueda entender. Cuando no es médicamente apropiado brindar dicha información al paciente, la información deberá ser puesta en conocimiento de la persona apropiada que actúa en nombre del paciente. Él o ella tienen el derecho a saber, por nombre, quién es el médico responsable por coordinar la atención.**
- 3 El paciente tiene el derecho a recibir de su médico información necesaria para brindar el consentimiento informado antes del comienzo de cualquier procedimiento o tratamiento. Excepto en caso de emergencias, dicha información para el consentimiento informado debe incluir pero no necesariamente limitarse a los procedimientos o tratamientos específicos, los riesgos médicamente significativos y la duración probable de la incapacitación. Cuando existan alternativas médicamente significativas en el tratamiento o atención o cuando el paciente solicite información sobre las alternativas médicas, el paciente tiene el derecho a conocer el nombre de la persona responsable por los procedimientos o el tratamiento.**
- 4 El paciente tiene el derecho a rehusar el tratamiento en la medida que lo permita la ley y a estar informado sobre las consecuencias médicas de su decisión.**
- 5 El paciente tiene el derecho a todas las consideraciones de su privacidad sobre su programa de atención médica. La discusión, consulta, examen y tratamiento del caso son confidenciales y deberán ser realizadas discretamente. Los que no participan directamente en su atención deben tener el permiso del paciente para estar presente.**
- 6 El paciente tiene el derecho a esperar que todas las comunicaciones y los registros relacionados con su atención sean tratados como confidenciales.**
- 7 El paciente tiene el derecho a que, dentro de su capacidad, esta institución de cirugía ambulatoria debe proveerle una evaluación o derivaciones según lo indique la urgencia del caso. Cuando esté médicamente permitido, un paciente podrá ser transferido a otra institución solamente después que él o ella hayan recibido la explicación e información completa sobre dicha necesidad y las alternativas existentes a dicha transferencia. La institución a la cual será transferido el paciente debe primer haber aceptado la transferencia del paciente.**
- 8 El paciente tiene el derecho a obtener información sobre cualquier relación entre esta institución y las otras instituciones educacionales y de atención médica relacionadas con su tratamiento. El paciente tiene el derecho a obtener información sobre la existencia de cualquier relación profesional entre individuos, por nombre, que se ocupan de su tratamiento.**

3. CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN

Seleccione una de las siguientes opciones.

- Esta autorización terminará en la siguiente fecha: _____
- Esta autorización terminará cuando ocurra el siguiente evento. El evento debe estar relacionado con el individuo o el propósito del uso y/o divulgación autorizada. Describa el evento más abajo:

4. CAMBIAR DE IDEA SOBRE ESTA AUTORIZACIÓN

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento entregando una notificación por escrito al Funcionario de Privacidad de su oficina. Sin embargo, entiendo que no puedo cancelar esta autorización por ninguna medida tomada antes de la recepción de mi notificación por escrito para cancelar esta autorización. Además, entiendo que si brindo esta autorización como condición para obtener la cobertura del seguro y cancelo esta autorización, la compañía de seguros tiene el derecho a cuestionar mis reclamaciones bajo la póliza de seguro.

5. FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN NO ES UNA CONDICIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Entiendo que en la mayoría de las circunstancias, un proveedor médico no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios por mi firma de esta autorización. Sin embargo, entiendo que firmar una autorización que permite el uso y/o divulgación de mi información médica protegida con propósitos de investigación podría ser una condición de mi tratamiento si formo parte de un tratamiento relacionado con una investigación. Además, podría requerirse que firme una autorización si mi tratamiento es solamente con el propósito de crear información médica protegida para divulgar a terceros. Y en ciertas circunstancias, un plan de salud podría condicionar mi inscripción en un plan médico o mi elegibilidad para recibir beneficios si no presento una autorización que permita al plan médico tomar decisiones sobre la elegibilidad.

6. POSIBILIDAD DE REDIVULGACIÓN

Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización podría ser redivulgada por el beneficiario. Las normas federales de privacidad podrían no proteger la privacidad de mi información médica una vez que el beneficiario redivulga mi información médica.

7. FIRMA DEL PACIENTE INDIVIDUAL

He tenido la oportunidad de leer y pensar sobre el contenido de este formulario de autorización y estoy de acuerdo con todas las frases que se incluyen en esta autorización. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para usar y/o divulgar la información médica protegida descrita en este formulario a las personas y/o organizaciones indicadas en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Si a este formulario de autorización lo firma un representante personal del paciente individual:

Nombre del representante personal: _____

Escriba su nombre

Firma

Relación con el Paciente individual: _____

USTED TIENE EL DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO LUEGO DE QUE LO FIRME.

Presente la autorización al Funcionario de Privacidad e incluya una copia del registro médico del paciente individual.

AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL DEL PACIENTE

ESTE FORMULARIO ES PARA CONFIRMAR SU AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA CON UN PROPÓSITO ESPECIAL.

NOTAS DE PSICOTERAPIA: ____ Marque aquí si esta autorización es para notas de psicoterapia.

Si esta autorización es para notas de psicoterapia, podría no autorizar el uso o divulgación de ningún otro tipo de información médica protegida.

1. PACIENTE INDIVIDUAL (O REPRESENTANTE PERSONAL) QUE CONFIRMA LA AUTORIZACIÓN

Brindo mi autorización para el uso o divulgación de mi información médica protegida según se describe en la Sección 2 que sigue. Brindo esta autorización voluntariamente.

Su nombre _____

Su dirección _____

Su ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Su número de teléfono _____

Su dirección electrónica _____

Su número de cuenta de paciente _____

2. EL USO Y/O DIVULGACIÓN AUTORIZADO

Describa en detalle la información médica protegida que autoriza a que se use y/o divulgue (si esta autorización es para notas de psicoterapia, ningún otro tipo de información médica protegida puede listarse aquí):

Nombre a la persona y/o organizaciones (o las clases de personas y/o organizaciones) que autoriza a usar y/o divulgar la información médica protegida descrita más arriba.

Nombre a la persona y/o organizaciones (o las clases de personas y/o organizaciones) que autoriza a recibir y usar su información médica protegida.

Describa cada propósito por el que autoriza que se use y/o divulgue su información médica protegida.

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

He recibido la Notificación de las Prácticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de evaluarla.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Firma _____

Fecha _____