



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

3191 (Español) (Rev. 07/23) Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO: Por este medio autorizo a los médicos, al personal interno, de enfermería, paramédico y de profesionales afiliados, con asistencia de los empleados de Westchester Medical Center (WMC), a que brinden tratamiento médico a mi persona o al paciente arriba mencionado. Acepto las pruebas y procedimientos de diagnóstico, incluyendo radiografías, y la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, además de la extracción de sangre y el acceso a la información de mi historial de administración de medicamentos. Entiendo y autorizo la administración de agentes farmacéuticos y medicamentos por cualquiera de diversas técnicas, entre ellas el acceso intravenoso periférico (insertado en una vena del brazo o de la pierna) y la inserción periférica de un catéter venoso que después entra a la circulación central (línea PICC). Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades sobre los resultados o hallazgos previstos del tratamiento o la exploración en WMC. Si tengo alguna pregunta o inquietud acerca de mi atención, incluyendo temas éticos, puedo pedir más información a mis médicos o al personal de enfermería.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Por este medio autorizo e instruyo al WMC y a mi médico tratante a divulgar la información médica de mis expedientes médicos que sea necesaria para llenar formularios para continuidad del tratamiento, y para el pago por parte de aseguradoras, planes de seguro de salud y terceros responsables del pago.

CESIÓN DE BENEFICIOS, GARANTÍA DE PAGO Y PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA: Por este medio cedo a WMC todos y cada uno de los derechos, títulos e intereses que tengo en cualquier ingreso o beneficio de seguros pagadero a mí o en mi favor por servicios prestados a mí por WMC, ya sea que dichos servicios sean considerados como dentro o fuera de la red por cualquier tercero responsable del pago. Por lo tanto, por este medio autorizo e instruyo a mi aseguradora y/o plan de salud a realizar los pagos de dichos montos directamente a WMC, y no a mi persona ni a ningún otro asegurado. Reconozco que, como miembro de un plan de salud, puedo ser responsable de notificar a mi médico de atención primaria o de obtener certificación previa para los servicios. Comprendo que soy económicamente responsable ante WMC por todos los cargos, incluidos aquellos que no paguen las aseguradoras ni los planes de salud, por los servicios no autorizados según lo especificado en mi paquete de beneficios que hayan sido incurrido por mí o en mi nombre. Comprendo que recibiré facturas por separado de mi médico tratante, del médico del departamento de emergencias, del radiólogo, del anestesiólogo y de otros especialistas. (Sin embargo, si el tratamiento se ha proporcionado de acuerdo con la Ley Sin Culpabilidad del Estado de Nueva York, se entiende que mi responsabilidad se limita a los cargos autorizados bajo dicha ley y el cuadro de honorarios de la Ley Sin Culpabilidad del Estado de Nueva York). Como parte de su compromiso de servir a la comunidad, WMC reconoce que a veces es necesario brindar atención a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente y que no pueden pagar por dicha atención, de acuerdo con los lineamientos establecidos del hospital. WMC tiene un Programa de Asistencia Financiera para pacientes que cumplen los requisitos financieros para beneficiarse de él. Pregunte por los detalles.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LLAMADAS TELEFÓNICAS, MENSAJES DE TEXTO Y CORREOS ELECTRÓNICOS: Por este medio consiento a que WMC se comunique conmigo por llamada telefónica, mensaje de texto y correo electrónico a los números de teléfono y direcciones de correo electrónico para contacto que aparecen en mi cuenta. Comprendo que, al otorgar este consentimiento, WMC puede comunicarse conmigo en referencia a mi atención médica o a mi cuenta, por ejemplo, para citas, los resultados de pruebas o procedimientos, facturación, el pago o cobranza de montos debidos, y que estas llamadas pueden realizarse con máquinas automatizadas o mensajes de voz previamente grabados. Además comprendo y acepto que si los números de teléfono o direcciones de correo electrónico para contacto proporcionados para la cuenta corresponden a un teléfono celular u a otros servicios que me cobren alguna tarifa por llamada o mensaje recibido (por ejemplo, por minuto, por mensaje, por unidad de datos recibidos, o de otra manera), soy el único responsable de todos los cargos incurridos de acuerdo con mi contrato con el proveedor de telefonía celular o de otro servicio.

ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PAGO DE SU ATENCIÓN: Al firmar a continuación, reconozco que he recibido la información importante sobre el pago de su atención.



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

3191 (Español) (Rev. 07/23) Página 2 de 2

TELEPSIQUIATRÍA: He recibido información básica acerca del uso de telepsiquiatría y acepto participar en servicios utilizando esta tecnología. Si tengo menos de 18 años de edad, esta información se le proporcionó también a mi padre, madre o tutor, y se obtuvo su consentimiento. Comprendo que tengo el derecho a negarme a participar en servicios de telepsiquiatría, y que en ese caso no se me negarán las evaluaciones, sino que serán realizadas en persona por médicos competentes. También comprendo que al rechazar estos servicios se me explicarán las alternativas a los servicios de telepsiquiatría, incluyendo las demoras en el servicio, la necesidad de viajar o los riesgos relacionados con no recibir los servicios que ofrece la telepsiquiatría. Además, se me ha informado que ninguna sesión de telepsiquiatría será grabada sin mi consentimiento. _____ No quiero participar en telepsiquiatría.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR PERTENENCIAS PERSONALES: Comprendo y acepto que no debo traer efectos personales (por ejemplo, dinero, joyas) al hospital, y comprendo y acepto que WMC no será responsable por la pérdida de efectos personales ni por daños sufridos por estos. Por favor marque con sus iniciales el espacio provisto al lado izquierdo.

SI ES ADMITIDO COMO PACIENTE INTERNO: He recibido la Carta de Derechos del Paciente, información sobre la Ley de Autodeterminación de acuerdo con las leyes estatales de Nueva York, una copia del poder para atención médica del estado de Nueva York, el "Mensaje importante de Medicare" (si soy beneficiario de Medicare), información sobre la orden de No Resucitar (DNR), la carta del Departamento de Salud del Estado de Nueva York en la que se explica el sistema de recopilación de datos SPARCS, información sobre maternidad (si soy paciente de maternidad) con información sobre cómo puedo ejercer los derechos explicado en estos materiales. En caso de ser hospitalizado como paciente interno durante más de los 90 días permitidos por Medicare, autorizo a Westchester Medical Center para utilizar mis días de reserva de por vida de Medicare. _____ No autorizo a WMC para utilizar mis días de reserva de por vida de Medicare.

CUIDADRO DESIGNADO: Yo autorizo a WMC a compartir mi información de Salud Protegida con mi cuidador designado. Por favor, escriba sus iniciales en el espacio suministrado a la izquierda.

Si firma este consentimiento como representante autorizado del paciente, escriba una "X" en la casilla que muestre su relación legal con el paciente:

- checkbox padre, madre, tutor, custodio o padre/madre
checkbox tutor legal del paciente de acogida temporal de un paciente pediátrico
checkbox cónyuge o pareja doméstica o apoderado del paciente
checkbox representante para atención médica del paciente
checkbox otra relación legal: _____

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO

CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO OTORGADO POR (si se requiere)

Firma: _____
Paciente

Firma: _____
Nombre del representante legal y relación con el paciente.

Firma: _____
Representante legal autorizado

Firma: _____
Firma de la persona que llama.

Testigo: _____

Testigo: _____

Fecha/Hora: _____

Fecha/Hora: _____

SÓLO PARA USO INTERNO

- checkbox El paciente no es capaz de otorgar su consentimiento debido a su afección
checkbox El paciente se negó a firmar

Nombre del miembro del personal del hospital

Fecha y hora