

Provider ID Group #: \_\_\_\_\_ Primary Coverage Member ID: \_\_\_\_\_

Secondary Coverage Member ID: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:**

- Doy mi consentimiento para recibir atención en este Centro que es necesaria o beneficiosa, que incluye, pero sin limitarse a, la administración de medicamentos, inyecciones, exámenes de rayos X, procedimientos de laboratorio y servicios hospitalarios, según sea considerado necesario o aconsejable por mi(s) proveedor(es) de cuidado de la salud.
- Entiendo que los proveedores de cuidado de la salud no pueden ser empleados ni agentes del Centro, pero tienen el derecho a practicar la medicina en el Centro. Es posible que me facturen por separado los servicios prestados por estos proveedores.
- Entiendo que mi equipo de atención médica puede estar compuesto por médicos, asistentes médicos, becarios, enfermeras practicantes, enfermeras, técnicos, residentes, estudiantes u otros empleados y agentes.
- Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se ofrecen garantías en cuanto a los resultados de mi tratamiento o procedimientos realizados.
- Entiendo que durante mi tratamiento, se pueden tomar fotografías, grabaciones en video, grabaciones de audio y / o televisivas (“Grabaciones”) con fines de atención / tratamiento o identificación y formarán parte de mi expediente médico.
- Entiendo que las Grabaciones pueden tomarse para fines de educación, entrenamiento, publicación educativa / de investigación o control de calidad. Estas Grabaciones no revelarán mi identidad y no formarán parte de mi expediente médico.
- Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento, procedimiento o Grabación en la medida que lo permita la ley.

**SERVICIOS DE TELEMEDICINA:**

- Entiendo que mi tratamiento puede incluir la participación en un servicio / consulta de telemedicina. Si esto ocurre:
  - o Mi proveedor de atención médica y yo podemos comunicarnos por videoconferencia interactiva con los médicos y profesionales de atención médica con licencia de Pennsylvania en otro lugar.
  - o Se pueden hacer imágenes digitales de mi afección médica y enviarlas a médicos con licencia de Pensilvania y otros profesionales de la salud en otros lugares para evaluación y consulta con mi profesional de la salud.
  - o La telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros practicantes médicos que pueden estar ubicados en otras áreas.
  - o Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. No se divulgará ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifica, salvo que así lo autorice la ley.
  - o Tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en mi cuidado en cualquier momento. Esto no afectará mi derecho a cuidado futuro. Entiendo que si no se usa la telemedicina, es posible que no tenga acceso a especialistas que no estén disponibles en la comunidad.

**PROHIBICIÓN DE ARMAS / PELIGROS / DROGAS:**

- Entiendo que para mi salud y protección, así como para la protección de otros, no se me permite traer ni tener cualquier arma, sustancia ilegal o droga, material peligroso, bebida alcohólica, material para fumar o aparato eléctrico no autorizado en mi habitación, mi persona, o en mis pertenencias. Entiendo que el Centro puede registrar mi habitación y mis pertenencias, así como confiscar y desechar cualquiera de estos artículos prohibidos, incluso proporcionarlos a las autoridades policiales.

**AUTORIDAD PARA REVISAR Y LIBERAR EXPEDIENTES E INFORMACIÓN:**

- Entiendo que la Instalación tiene un registro médico electrónico integrado en todo el sistema que está disponible para los cuidadores que tienen “necesidad de saber” para compartir información sobre mi atención médica provista en el hospital, como paciente ambulatorio o en el consultorio médico.
- Entiendo que la confidencialidad de los registros, incluidos aquellos que reflejan el tratamiento por problemas de salud del comportamiento, el VIH / SIDA o el tratamiento de drogas o alcohol, se mantiene de acuerdo con las normas gubernamentales y reglamentarias pertinentes.
- Entiendo que los resúmenes de mi atención médica se enviarán automáticamente a mis médicos, médicos que me refieren y otros médicos involucrados en mi atención.

**PARTICIPACIÓN EN INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIEs):**

- Estoy de acuerdo en participar en los “Intercambios de Información de Salud (HIE s)”, que permiten a mis proveedores de atención médica acceder a mi información de salud protegida de otros proveedores participantes de quienes he recibido atención.
- Entiendo que tengo la opción de “rechazar” compartir mi información de salud protegida con los HIE s.
- Entiendo que si elijo “rechazar” mi elección no afectará mi capacidad para recibir atención médica.

**CONSENT FOR TREATMENT  
PHOENIXVILLE HOSPITAL**

**AUTORIDAD PARA DIVULGAR UBICACIÓN Y CONDICIÓN GENERAL:**

- Entiendo que puedo elegir ser incluido en el directorio de información pública de la Instalación. Esto significa que mi número de habitación, número de teléfono y condición general pueden divulgarse como materia de registro público.
- Entiendo que si elijo no ser incluido en el directorio de información pública de la Instalación, mi presencia en la Instalación no será divulgada al público en general, y que no recibiré correo, llamadas telefónicas, visitantes o regalos.

**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LOS VALORES PERSONALES:**

- Entiendo que la Instalación no acepta la responsabilidad por la pérdida o daño de dinero, objetos de valor y / o propiedad personal que haya traído.
- Como paciente interno de la Instalación, se me recomendó enviar todo el dinero, los objetos de valor y / o los bienes personales a casa con un miembro de la familia, o si eso no es posible, depositarlos en la caja fuerte de la Instalación.
- Mientras soy paciente de la Instalación, libero a la Instalación de cualquier responsabilidad debido a la pérdida o el daño del dinero, los objetos de valor y / o la propiedad personal que no estén depositados en la Caja fuerte de la Instalación.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

- Entiendo que tengo derechos de pacientes que reflejan el compromiso del Centro de mantener mi dignidad personal mientras recibo servicios de atención médica.
- Entiendo mi responsabilidad de proporcionarle a mi equipo de atención médica la información que sea importante para mi atención y de cooperar en mi tratamiento.
- Entiendo mi responsabilidad de respetar los derechos de los demás en la Instalación.
- Entiendo que si tengo alguna inquietud con respecto a mi atención, puedo hablar con mi médico, enfermera o cualquier miembro de mi equipo de atención médica. También puedo comunicarme con la Oficina del Defensor del Paciente / Representante de Pacientes (Patient Advocate/Patient Representative Office).

**FOTOGRAFÍA / GRABACIÓN POR PACIENTES Y VISITANTES:**

- Entiendo que cualquier tipo de Grabación está estrictamente prohibido sin el consentimiento verbal de un proveedor de atención médica o miembro del personal.
- Entiendo que la grabación no debe interferir con el cuidado del paciente.
- Entiendo que a las personas que realizan la grabación sin consentimiento o cuya grabación se considera que interfiere con la atención del paciente se les puede pedir que detengan la grabación y se les puede pedir que abandonen las instalaciones.
- Entiendo que es mi responsabilidad garantizar que mi familia y los visitantes cumplan con estos requisitos.

**DESIGNACIÓN DEL CUIDADOR LEGO (solo para pacientes hospitalizados):**

- Tendré la oportunidad de proporcionar el nombre de un cuidador lego.
- Entiendo que un cuidador lego es una persona que acepta ayudarme con mi cuidado en mi residencia después de que me den el alta del hospital.
- Acepto que mi información médica pueda ser divulgada a mi cuidador lego.

**VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA:**

- Si recibo Seguro de Asistencia Médica (Medical Assistance), certifico que recibí un servicio o artículo en la fecha que se indica a abajo. Entiendo que el pago de este servicio o artículo será de fondos Federales y Estatales, y que cualquier reclamo, declaración o documento falso, o la ocultación de información importante puede ser procesado según las leyes Federales y Estatales aplicables.

**FORMULARIO DE ACEPTACIÓN:**

- He leído este formulario (o me lo han leído) en su totalidad, me han respondido todas mis preguntas satisfactoriamente, he aceptado cada una de las disposiciones anteriores y he firmado este formulario a sabiendas y voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente O Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Paciente O Individuo Autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

**CONSENT FOR TREATMENT  
PHOENIXVILLE HOSPITAL**