

Cobertura

Este formulario cubre todos los servicios o bienes proporcionados o que serán proporcionados al paciente por parte de Mary Washington Healthcare, sus subsidiarios o afiliados (denominadas colectivamente MWHC). Además, este formulario cubre todos los servicios o bienes proporcionados por cualquier proveedor de atención médica que brinde atención al paciente mientras el paciente recibe servicios de MWHC. Si los servicios se brindan como una serie de tratamientos, este consentimiento cubrirá todos los servicios de la serie para el mes actual.

Consentimiento para examen y tratamiento

Tengo una afección que requiere atención hospitalaria o ambulatoria y doy voluntariamente mi consentimiento para dicha atención, incluidos los procedimientos de diagnóstico y laboratorio y el tratamiento médico por parte de mi médico y el personal del sistema de salud/hospital. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y sé que no se pueden garantizar los resultados del tratamiento. Entiendo que la mayoría de los médicos o profesionales médicos que me brindan servicios no son empleados de MWHC, sino profesionales independientes que brindan servicios profesionales. Entiendo que MWHC participa en programas de educación médica y que los estudiantes pueden participar en mi atención. Entiendo que los residentes médicos que hayan completado la escuela de medicina pueden participar en mi atención bajo la supervisión y total responsabilidad del médico tratante. Acepto que MWHC y mi médico puedan obtener muestras y tejidos según corresponda para mi diagnóstico y tratamiento y sus respectivas operaciones de atención médica, y por la presente autorizo a MWHC a deshacerse de cualquier muestra o tejido tomado de mi cuerpo. Doy mi consentimiento para el uso de video o de otro método de monitoreo o grabación electrónico necesario para mi tratamiento o seguridad. Doy mi consentimiento para el uso de material clínico, imágenes, fotografías o videos con fines médicos profesionales o educativos, siempre y cuando mi identidad no sea revelada por medio de este material o por la descripción que lo acompaña. Entiendo que MWHC no puede preparar ciertos medicamentos compuestos. En el caso de que necesite medicamentos compuestos que MWHC no pueda preparar, doy mi consentimiento para recibir medicamentos compuestos preparados por farmacias que no pertenecen a MWHC.

Derechos del paciente, proceso de quejas, directivas anticipadas

He recibido o he sido informado de mis derechos y responsabilidades como paciente. Entiendo que MWHC tiene un proceso formal para abordar y resolver cualquier inquietud o queja como se detalla en el formulario de derechos y responsabilidades del paciente. Entiendo que, según la ley de Virginia, tengo derecho a determinar de antemano, o a elegir de antemano a alguien para que determine por mí, qué tipo de tratamiento médico o quirúrgico desearía si no puedo comunicarle a mi médico qué tipo de tratamiento quería, o si soy incapaz de tomar una decisión informada sobre mi atención. Reconozco que he recibido o me han ofrecido información sobre estas "directivas anticipadas". Si ya tengo una directiva anticipada, le proporcionaré a MWHC una copia para que se incluya en mi expediente médico y entiendo que MWHC no puede seguir las directivas de mi directiva anticipada, hasta que yo la proporcione o redacte una nueva. Si aún no tengo una directiva anticipada, puedo solicitar más información a mi enfermero o médico.

Servicios de intérprete y ayudas auxiliares

Entiendo que MWHC proporciona el servicio de intérpretes médicos profesionales a pacientes y sus acompañantes con dominio limitado del inglés o sordos. Los intérpretes están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para todos los pacientes y sus familias para citas, procedimientos y estadías en el hospital. Los servicios de interpretación no tienen ningún costo para los pacientes o sus familias. MWHC proporciona ayudas auxiliares adecuadas de forma gratuita, que incluyen: TTY, materiales escritos, amplificadores de auriculares telefónicos, dispositivos y sistemas de asistencia auditiva, teléfonos compatibles con audífonos, decodificadores de subtítulos y subtítulos abiertos y cerrados de la mayoría de los programas de MWHC.

Presunto consentimiento/monitoreo de prescripción

Entiendo que, según la ley de Virginia, si, mientras me examina o me trata, cualquier persona empleada por o bajo la dirección y control de MWHC o cualquier otro proveedor de atención médica está expuesta directamente a mis fluidos corporales de una manera que pueda transmitir VIH, hepatitis B o hepatitis C, se considerará que he dado mi consentimiento para la prueba de infección por VIH, hepatitis B o hepatitis C y para la divulgación de los resultados de la prueba a la persona expuesta. Entiendo que MWHC participa en el Programa de Monitoreo de Recetas de Virginia. Esto significa que los médicos que prescriben medicinas en este centro pueden solicitar información del programa sobre las prescripciones que me han administrado previamente. Puedo pedirle a mi proveedor de atención médica más información sobre el programa o visitar el sitio web https://www.dhp.virginia.gov/dhp_programs/pmp/.

Pruebas de diagnóstico y laboratorio

Entiendo que, como parte de mi tratamiento en el Departamento de Emergencias, se pueden realizar pruebas de diagnóstico y de laboratorio. Reconozco que, si decido salir del Departamento de Emergencias antes de haber recibido y discutido los resultados de cualquier prueba de diagnóstico o de laboratorio, será mi exclusiva responsabilidad comunicarme con el departamento de Registros Médicos al 540-741-1620 para obtener los resultados de las pruebas.

Aviso conjunto de prácticas de privacidad

Entiendo que MWHC puede usar y divulgar mi información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones. También reconozco que he recibido, me han ofrecido o he recibido en el pasado una copia del aviso conjunto de prácticas de privacidad de MWHC que proporciona información sobre cómo MWHC y las personas involucradas en mi atención en MWHC pueden usar y divulgar mi información médica protegida.

_____ Iniciales _____ Fecha

Acuerdo general para tratamiento/Garantía de pago



Mary Washington Healthcare

General Consent for Treatment/Guaranty of Payment

FR-2277a-MWHC Rev. 7/2023

Page 1 of 3

Top Copy: Medical Records Bottom Copy: Patient

Patient Label

Comunicaciones de negocios

Autorizo a MWHC a comunicarse conmigo después del alta para fines de mejorar su desempeño, como realizar encuestas de satisfacción del paciente. Además, al proporcionarle a MWHC mi número de teléfono residencial, celular o inalámbrico, autorizo a MWHC, a sus designados y a todos los demás proveedores y proveedores de atención médica que puedan brindar servicios relacionados con mi tratamiento en MWHC a usar sistemas de marcación telefónica automática para comunicarse con mi teléfono residencial, celular o inalámbrico para comunicaciones, incluidos, entre otros, recordatorios de citas, consultas de facturación o esfuerzos de cobro de deudas. Por la presente doy mi consentimiento para recibir llamadas marcadas automáticamente y mensajes de texto a los números proporcionados, y doy mi consentimiento para llamadas de voz pregrabadas o artificiales, que pueden incluir, entre otros, mensajes relacionados con encuestas de satisfacción, mensajes sobre facturación y pago de servicios, mensajes sobre servicios de atención médica disponibles de o en nombre de MWHC, así como llamadas de telemarketing de o en nombre de MWHC. Entiendo que no estoy obligado a aceptar estas comunicaciones como condición para recibir atención o comprar cualquier propiedad, bien o servicio. Si los números de teléfono que he proporcionado se cambian o son asignados a otra persona, acepto notificar de inmediato a MWHC sobre el cambio.

Objetos personales de valor

Asumo total responsabilidad por todos mis artículos personales, incluidos, entre otros, dinero, joyas, anteojos, dentaduras postizas, audífonos u otros artículos personales y libero a MWHC de toda responsabilidad por dichos artículos personales/objetos de valor.

Responsabilidad de pago

En consideración de los servicios brindados en MWHC, entiendo y reconozco que: (1) soy financieramente responsable de los cargos por todos los bienes y servicios brindados al paciente que no están cubiertos por un tercer pagador; (2) en todo momento, tendré la responsabilidad de determinar y cumplir con los requisitos de cualquier tercer pagador; (3) cuando MWHC o cualquier proveedor de atención médica puedan brindar asesoramiento y asistencia al paciente, dicho asesoramiento y asistencia no me eximirá de la responsabilidad de determinar y cumplir con los requisitos de cualquier tercer pagador; (4) No haré ningún reclamo de que fui relevado de esta responsabilidad en ausencia de un acuerdo expreso por escrito en contrario; y (5) En caso de que se presente un litigio por falta de pago de los cargos, acepto pagar todos los gastos incurridos por MWHC o cualquier proveedor de atención médica debido a dicho litigio, incluidos los honorarios razonables de abogados y los honorarios de peritos médicos.

Asignación de Beneficios

Por la presente asigno a MWHC, a mi(s) médico(s) y a otros profesionales de la salud involucrados en mi atención, todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid, Seguro de Empleado o cualquier otro programa que yo reconozca y cuyos beneficios puedan estar disponibles para pagar los servicios médicos provistos. Acepto cooperar y proporcionar información según sea necesario para establecer mi idoneidad para dichos beneficios.

Proveedores externos

Entiendo que ciertos servicios profesionales pueden ser prestados durante mi estadía en el hospital o procedimiento por parte de proveedores de atención médica externos (tales como servicios de ambulancia, médicos de emergencia, radiólogos, patólogos, anestesiólogos) que no están cubiertos por mi seguro o plan. También entiendo que algunos de los proveedores de atención médica externos que me brindan atención durante mi estadía pueden no ser proveedores participantes de mi compañía de seguro médico o plan de beneficios. En cualquier caso, acepto que seré financieramente responsable ante estos proveedores externos por sus cargos por concepto de estos servicios profesionales.

Asistencia financiera

Si no tengo seguro médico o tengo dificultades para pagar mi factura de MWHC, entiendo que MWHC tiene muchas opciones financieras que pueden ser de ayuda, incluida la atención gratuita, la atención con descuento o los planes de pago sin intereses. Entiendo que se me pedirá que proporcione información financiera para determinar mi idoneidad para estos programas. Los asesores financieros de MWHC pueden ayudarme a solicitar estos programas. Puede comunicarse con los asesores financieros al (540) 741-1041.

Autorización para Verificación de Información

Por la presente autorizo a MWHC a obtener/divulgar mi información con el fin de verificar cualquier información que proporcioné a MWHC o que otra persona haya proporcionado a MWHC en mi nombre (incluida información crediticia o laboral).

Certifico que he leído este formulario completo, que tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tuviera sobre este formulario, que todas mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas satisfactoriamente y que entiendo el contenido y el propósito del formulario. Reconozco que he recibido una copia de este formulario. Certifico que soy el paciente, o que soy una persona autorizada por el paciente y/o de acuerdo con la ley de Virginia para firmar este formulario y aceptar sus términos. Certifico que la información proporcionada y que se proporcionará a MWHC y a todos los proveedores de atención médica es y será verdadera y correcta. Acepto pagar cualquier gasto incurrido por MWHC y todos los proveedores de atención médica debido a información incorrecta que yo haya proporcionado. Además, reconozco que, si proporciono información falsa o fraudulenta en relación con los servicios prestados, MWHC puede comunicarse con las autoridades para iniciar procedimientos civiles y/o penales.

Paciente o suplente legal

Fecha

Hora

Relación con el paciente



Mary Washington Healthcare

General Consent for Treatment/Guaranty of Payment

FR-2277a-MWHC Rev. 7/2023

Page 2 of 3

Top Copy: Medical Records Bottom Copy: Patient

Patient Label

Acuerdo general para tratamiento/Garantía de pago



Mary Washington Healthcare

General Consent for Treatment/Guaranty of Payment

FR-2277a-MWHC Rev. 7/2023

Page 3 of 3

Top Copy: Medical Records Bottom Copy: Patient

Patient Label
