

Patient Name: _____
MRN: _____
Date of Birth: _____
Complete above information or attach patient label to each page.

Nombre del Paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

(Consent to Treatment)

1. Por medio de la presente, y de manera voluntaria, otorgo mi consentimiento para recibir servicios médicos en Lancaster General Hospital, incluyendo: procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, tecnología de telecomunicaciones (conocido también como “telemedicina”), exámenes, hospitalizaciones y tratamientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios o recomendados por mi(s) médico(s).
2. Reconozco que el ejercicio de la medicina y de la cirugía no son ciencias exactas, y no se me han dado garantías del resultado de mi tratamiento o examinación en el hospital. Estoy consciente de que puedo rechazar cualquier medicamento, tratamiento y/o procedimientos que me ofrezcan.
3. Entiendo que los médicos del departamento de emergencias, los anestesiólogos y radiólogos, así como otros médicos brindando atención médica, pueden ser médicos independientes y no ser empleados o agentes de Lancaster General Health. Recibiré facturas por separado de los servicios que dichos médicos me proporcionen así como facturas de los servicios recibidos de cualquier médico empleado de Lancaster General Health.
4. Por medio de la presente, autorizo a Lancaster General Health a divulgar toda información, incluyendo la totalidad o cualquier parte de mis registros médicos, a mi compañía de seguro médico, a mi patrón/compañía (solamente para propósito del seguro de compensación del trabajo Workmans’ Compensation), Medicare, Medicaid, a seguros de responsabilidad civil, (incluyendo seguros cobertura suplementaria, seguros de amplia cobertura, cobertura de automóviles no asegurados o sub-asegurados), cobertura de pagos médicos/protección personal por lesiones, y a cualquier otro fondo o tercero pagador que en representación mía sean responsables por el pago de mis beneficios médicos.
5. Como paciente de Lancaster General Health, entiendo que yo soy el único responsable por el mantenimiento y seguridad del equipo médico que traiga para mi uso personal, dinero en efectivo y artículos personales.
6. Por medio de la presente, asigno y cedo a Lancaster General Health todos los derechos e intereses a los que yo pudiera tener derecho bajo cualquier póliza de seguro, Medicare, Medicaid o de cualquier otro seguro de responsabilidad civil (incluyendo seguros cobertura suplementaria, seguros de amplia cobertura, cobertura de automóviles no asegurados o sub-asegurados), cobertura de pagos médicos/protección personal por lesiones, o cualquier otro fondo o tercero pagador responsables del pago de mis beneficios. Yo autorizo que los pagos de dichos beneficios se hagan directamente a Lancaster General Health.
7. Estoy de acuerdo que yo soy responsable de pagar los cargos incurridos, vigentes y definidos por Lancaster General Health, que no sean cubiertos, aprobados o pagados por mi compañía de seguros, por Medicare o por cualquier otro programa o tercero pagador. Al momento de mi visita, se me puede pedir el pago de las cuotas correspondientes. Entiendo que no seré responsable por el pago de ningún cargo que por ley o por acuerdo le esté prohibido a Lancaster General Health cobrarme.
8. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, o video de partes apropiadas de mi cuerpo durante mi evaluación, operación o procedimiento con propósito médico, científico, educacional o para mejorar la calidad. Entiendo que Lancaster General Health pedirá mi autorización antes de tomar cualquier fotografía o video y que yo puedo negarme a ser fotografiado o grabado en video en cualquier momento.
9. Consentimiento para usar y divulgar información personal de salud: Entiendo y doy mi autorización a Penn Medicine Lancaster General Hospital para usar y divulgar mi información de salud de cualquier manera inclusive de manera electrónica para tratamiento, pago, y operaciones de salud según lo permitido bajo la ley. Esto incluye compartir mi información de salud con Penn Medicine Lancaster General Hospital, proveedores externos, familiares, o amigos involucrados en mi cuidado.
10. Doy mi consentimiento para recibir mensajes por teléfono, automáticos o en vivo, a mi línea fija o teléfono móvil relacionados con mis servicios de atención médica y de facturación.
11. En relación con la atención proporcionada, y en la medida en que cualquier posible reclamo de pago sea regido por ERISA (siglas en inglés de la Ley de Seguridad de Ingresos y Jubilación de los Empleados), yo transfiero y asigno en mi representación y la del paciente, todos los reclamos de cualquier tipo que yo o el paciente pudiéramos tener como pago de beneficios. Además, asigno a Lancaster General Health todos los derechos de buscar y recibir pagos de todos los gastos relacionados con mi atención médica y tratamiento, incluyendo todos los derechos a procesar cualquier tipo de apelación administrativa. Específicamente, yo nombro a Lancaster General Health y a sus representantes como mis representantes para dichas acciones.

LANCASTER GENERAL HEALTH PODRÁ PEDIRME FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO CADA AÑO.

 Firma del Paciente o Representante legal autorizado* *(Patient or Legally Authorized Representative Signature)* Fecha *(Date)* Hora *(Time)*
 Paciente incapaz de otorgar su consentimiento por escrito. Se obtuvo consentimiento de manera verbal. *(Patient unable to give written consent. Verbal consent obtained.)*

 Nombre del Paciente o Representante legal autorizado *(Patient or Legally Authorized Representative Printed Name)*

 Firma del testigo *(Witness Signature)* Fecha *(Date)* Hora *(Time)*

 Nombre del testigo *(Witness Printed Name)*

* Si un representante legal esta firmando este consentimiento porque el paciente es menor de edad o está incapacitado para dar su consentimiento, conteste lo siguiente:

- (a) El paciente tiene _____ años y es menor de edad. La relación o parentesco entre la persona firmando el documento y el paciente menor de edad es: _____.
- (b) El paciente esta incapacitado para dar su consentimiento porque _____, a relación o parentesco entre la persona firmando el consentimiento y el paciente es: _____.

