



Condiciones de admisión y declaración de profesional sanitario independiente

Gracias por elegir un hospital filial de UnityPoint Health (“UPH”) (“nosotros”, “nos” o “el hospital”) para su atención. Al firmar este documento, usted acepta, ya sea en nombre de usted mismo o en nombre de la persona por la cual usted está firmando este documento, que podemos suministrarle atención médica, compartir su información de salud conforme se describe más adelante y recibir un pago por los servicios provistos a usted. *Sírvase leer este documento con atención.* Si tiene alguna duda, pregunte al personal de registro. A menos que usted necesite atención de emergencia, debe firmar este formulario antes del tratamiento. *Si está en condición de embarazo, todas las disposiciones en este formulario se aplicarán a su hijo(s)/hija(s) recién nacido(s).*

1. CONSENTIMIENTOS GENERALES Y CONFIRMACIONES

A. Consentimiento del tratamiento

- Acepto el tratamiento médico y los servicios de atención médica relacionados que los cuidadores en el hospital consideren necesarios o me recomienden y que yo haya aceptado recibir. Estos servicios pueden incluir servicios diagnósticos, terapéuticos, de imágenes y laboratorio.
- Comprendo que es posible que deba firmar otro formulario de consentimiento más específico antes de recibir algunos tipos de tratamiento.
- Sé y acepto que el ejercicio de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que ni el hospital ni UPH ni los Profesionales sanitarios independientes (que se detallan más adelante) pueden garantizar los resultados de mis tratamientos o exámenes. También comprendo que mi tratamiento puede presentar riesgos, los cuales pueden incluir lesiones o la muerte.

B. Aviso de Profesionales sanitarios independientes que no son empleados

- Reconozco y comprendo que habrá médicos, especialistas, cirujanos, médicos cuyos servicios son prestados principalmente en un hospital (p. ej., patólogos, radiólogos, médicos de emergencias, anesthesiólogos y médicos de asistencia hospitalaria), proveedores de atención no médica (como personal de enfermería anestesista registrado y certificado [Certified Registered Nurse Anesthetists, CRNA], personal de enfermería facultativo y auxiliares médicos) y representantes de proveedores quirúrgicos que prestan servicios en el hospital y que no son empleados o agentes del hospital, sino que son profesionales médicos o contratistas independientes (“Profesionales sanitarios independientes”).
- Comprendo que estos Profesionales sanitarios independientes que no son empleados ejercen su propio criterio médico independiente, y que son los únicos responsables de la atención, tratamiento y servicios que ordenan, solicitan, ordenan o suministran.
- Reconozco que estos Profesionales sanitarios independientes que no son empleados no están sujetos a la supervisión o control del hospital, y que el estado de empleo o agencia de los médicos y otros proveedores que me tratan no es relevante y no tendrá incidencia en mi selección del hospital para mi atención.

C. Formación e investigación

- Comprendo que la misión del hospital incluye la enseñanza y la investigación. Esto significa que habrá médicos (como por ejemplo “residentes” o “pasantes”), personal de enfermería y otros profesionales de atención médica “en capacitación” que podrán participar en mi atención y tratamiento.
- Si las oportunidades de investigación pudieran aplicarse a mi caso, existe la posibilidad de que me contacten a fin de decidir si me interesa participar en la investigación.

D. Teleconsulta y comunicaciones electrónicas

Acepto el suministro de servicios de tratamiento médico y servicios relacionados con atención de salud mediante plataformas de tecnología de teleconsulta remota y otras plataformas de comunicación electrónica. Sin embargo, puedo cambiar de opinión y puedo rechazar los servicios prestados mediante tecnología o equipos relacionados con la teleconsulta sin que esta decisión tenga incidencia alguna en mi atención o tratamiento futuros.

Los servicios de teleconsulta pueden involucrar la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de datos entre el proveedor de atención médica (que está en un lugar diferente al mío) y yo. El proveedor de atención médica determinará si mi condición es apropiada para la teleconsulta u otras comunicaciones electrónicas, y comprendo que no hay garantía de diagnóstico, tratamiento o receta de medicamentos. Comprendo que es posible que tenga que viajar para ver un proveedor de atención médica en persona a fin de recibir un diagnóstico y tratamiento. También comprendo que cuando reciba servicios de teleconsulta u otras comunicaciones electrónicas, podrán ocurrir retrasos e interrupciones en el tratamiento debido a problemas de equipos o técnicos. Otros riesgos incluyen fallas en las protecciones de seguridad que derivan en una posible violación de la privacidad y acceso no autorizado o no aprobado a mi información médica.

E. Bienes personales

Comprendo que es posible que mis pertenencias personales no estén seguras en mi habitación u otras áreas de atención. El lugar más seguro para mis pertenencias es en casa. También comprendo que puedo tener mis artículos de valor no esenciales para mi atención almacenados en la caja fuerte del hospital o un lugar de seguridad similar en el hospital hasta que me den el alta hospitalaria. Si elijo mantener mis pertenencias personales conmigo, asumo plena responsabilidad por dichas pertenencias y eximo al hospital y a UPH y a su personal de toda responsabilidad al respecto.

F. Reglas del hospital

Acepto seguir todas las reglas del hospital, incluido lo siguiente:

- Fumadores: Mientras me encuentre en el hospital, acepto no fumar ni usar alternativas para fumadores, lo que incluye vapeo, cigarrillos electrónicos, Juuls u otras formas de inhalación de nicotina.
- Alcohol, drogas y armas: No traeré ninguna bebida alcohólica, sustancia ilegal o droga, arma o dispositivo explosivo a las instalaciones del hospital. Comprendo y acepto que si el hospital en cualquier momento considera que puede haber algunos de estos artículos en mi habitación o con mis pertenencias, el hospital podrá realizar búsquedas en mi habitación y mis pertenencias personales ubicadas en cualquier lugar de las instalaciones del hospital, tomar cualquiera de estos artículos y desecharlos o deshacerse de ellos, lo que incluye entregarlos a las fuerzas policiales.
- Fotografías y grabaciones: A menos que el hospital lo permita, comprendo que no estoy autorizado a tomar fotografías o realizar grabaciones de video o audio de mi atención, otros pacientes, personal del hospital o UPH, proveedores o estudiantes mientras reciben atención médica o mientras están en las instalaciones del hospital.

G. Mi información

Prometo que cualquier información que yo suministre al hospital sobre mí mismo es correcta, incluidos mi nombre, dirección, ciudad, estado, código postal, números de teléfono, correo electrónico, información de seguro, historial médico y toda la demás información. Acepto que soy responsable de actualizar mi información de contacto y seguro si llegase a cambiar. También comprendo que si suministro información falsa, el hospital podrá ponerse en contacto con las fuerzas policiales.

H. Fotografía y grabaciones

Acepto que el hospital podrá crear fotografías, imágenes, cintas de video, grabaciones digitales o de audio —incluso puede hacer que se grabe mi visita— que contengan mi información de salud para fines de diagnóstico, tratamiento, identificación, educación y procedimientos de atención de la salud. También acepto que el hospital y UPH serán propietarios de la imágenes o grabaciones.

I. Aceptación del uso de correo electrónico y/o mensajes de texto

Acepto que todos los números de teléfono y correos electrónicos que suministre al hospital pueden ser usados por el hospital o las personas que actúan en su nombre para comunicarse conmigo por teléfono (incluido el teléfono celular), correo electrónico, mensaje de texto o cualquier mensaje automatizado o pregrabado. Por ejemplo, podré recibir por mensaje de texto recordatorios de citas o una petición para que suministre comentarios sobre mi experiencia con el equipo de atención de la salud del hospital. Podrán aplicarse tarifas de mensaje de texto estándares. Comprendo que las comunicaciones electrónicas no son métodos de comunicación confidenciales o seguros. Asimismo comprendo que existe el riesgo de que las comunicaciones electrónicas respecto a mi afección médica y tratamiento puedan ser interceptadas o “capturadas” y usadas para fines inadecuados. En cualquier momento, puedo responder con la palabra “Stop” y cancelar el envío de mensajes de texto.

2. CONSENTIMIENTOS DE INFORMACIÓN DE SALUD Y CONFIRMACIONES

- J.** Mi información de salud incluye información diagnóstica, pruebas de laboratorio, medicamentos, alergias, historia clínica y evaluaciones, planes de tratamiento, progreso o presencia en tratamiento, notas clínicas, recetas, resúmenes de altas hospitalarias, información de beneficios, información sobre reclamaciones, información demográfica, información de pago de reclamaciones y otra información relacionada con mi tratamiento o el pago para mi tratamiento.
- K.** La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”) es una ley que protege la privacidad y la seguridad de mi información de salud en cualquier lugar de los Estados Unidos. Adicionalmente, hay otras leyes federales y estatales que protegen la “información de salud sensible”, incluida la información relativa al VIH/SIDA, salud conductual o mental, discapacidades del desarrollo, tratamiento para trastornos de uso de sustancias (alcohol o drogas), abuso o abandono de adultos o menores, y pruebas y asesoramientos genéticos.
- L.** Si la ley exige mi consentimiento, acepto que el hospital y sus socios comerciales pueden usar y divulgar o compartir mi información de salud sensible para tratamiento, pago y trámites hospitalarios, incluida la coordinación de la atención y la calificación de la calidad, en la misma forma en que la HIPAA permite al hospital usar o divulgar mi información de salud no sensible para estos fines. En el Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, “NPP”) de la Entidad Cubierta Afiliada de Salud de UnityPoint encontrará más información sobre estos fines. Acepto específicamente que el hospital puede compartir mi información de salud sensible y no sensible con cualquier plan de salud, Medicare, Medicaid u otro programa gubernamental, u otro responsable de pago que yo identifique al hospital con el fin de obtener un pago, revisión de utilización y calificación de la calidad.
- M.** Si la ley exige mi consentimiento, también acepto que el hospital y UPH pueden compartir, según lo permita la HIPAA, mi información de salud sensible (1) a investigadores para fines investigativos de conformidad con la ley y según lo descrito en el NPP; (2) a participantes en los Planes de Atención de la Salud Organizados y Organizaciones de Atención Responsables descritos en el NPP, y (3) a proveedores no UPH y sus socios comerciales para sus fines de tratamiento, pago y trámites de atención de la salud. Los proveedores “no UPH” pueden incluir proveedores y sus socios comerciales que participan con UPH en los programas que permiten el intercambio de información de salud entre los proveedores a fin de suministrarme tratamiento o coordinar mi atención y mejorar la calidad de mi atención.
- N.** Acepto que los consentimientos y autorizaciones que se describen en esta sección 2 se aplican a toda mi información de salud sensible que esté en posesión del hospital, incluida la información relativa a la atención recibida antes o después de la fecha de este formulario. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento conforme se describe en esta sección 2 suministrando una solicitud escrita a Registros Médicos. Si retiro mi consentimiento, comprendo que este retiro no se aplicará a los usos y divulgaciones de mi información de salud que ya haya efectuado el hospital antes de que yo cambiara mi consentimiento. Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar en cualquier momento y copiar cualquier parte de mi información de salud sensible que se divulgará.

3. CONSENTIMIENTOS FINANCIEROS Y CONFIRMACIONES

O. Reglas y estimaciones de seguro, plan de salud o programa

- Comprendo que debo (a) seguir todas las normas de cualquier compañía o programa de seguro que pague mis facturas médicas, incluidos los programas gubernamentales como Medicare (“aseguradora de salud”) y (b) suministrar mi información de seguro al hospital al momento del servicio o tan pronto como sea posible después del servicio y conforme lo requiera mi póliza de seguro. Las reglas de la aseguradora de salud pueden incluir la obtención de una segunda opinión de otro proveedor de atención médica o llamar a la aseguradora de salud antes de realizar pruebas o tratamientos médicos. Si no sigo las normas de mi aseguradora de salud, es posible que la aseguradora de salud no pague mi atención de la salud.
- Acepto que cualquier estimación suministrada por el hospital para la parte que me corresponde pagar del costo de mi atención de la salud representa una estimación o aproximación. La porción real del costo que me corresponde pagar puede diferir de la estimación, dependiendo de mi tratamiento real o de las decisiones tomadas por mi aseguradora de salud.

P. Pago de servicios

- Si elijo la opción de que el hospital o un Profesional sanitario independiente facture a mi aseguradora de salud para pagar mi tratamiento, “cedo” al hospital o al Profesional sanitario independiente mis derechos a recibir un pago de mi aseguradora de salud. Esto significa que el pago irá directamente al hospital o al Profesional sanitario independiente. Para que el hospital y el Profesional sanitario independiente facturen a mi aseguradora de salud, acepto suministrar mi información de seguro al hospital y comprendo que el hospital podrá compartir la información con los Profesionales sanitarios independientes.
- Si reclamo beneficios en virtud de Medicare, por medio del presente certifico que la información que suministro en la solicitud de pago de dichos beneficios es correcta, y autorizo que el hospital entregue cualquier información necesaria para cualquier reclamación de Medicare relacionada.
- Si mi aseguradora de salud no paga mi tratamiento, doy al hospital autorización para que tome medidas razonables a fin de apelar la denegación de pago o para presentar una queja en mi nombre. Con este propósito, nombro al hospital como mi representante autorizado y otorgo al hospital poder de representación limitado para recibir información sobre cobertura del plan y apelar los derechos de pago de beneficios de atención de la salud. Acepto suministrar la cooperación e información que requiera el hospital para cualquier apelación.
- Aun cuando yo pueda ceder mis derechos a recibir pagos de mi aseguradora de salud, comprendo y acepto que el hospital igualmente puede exigir el pago directamente de mí.
- Si el hospital o los Profesionales sanitarios independientes tienen un contrato con mi aseguradora de salud y la atención es “necesaria desde el punto de vista médico”, comprendo que soy responsable de pagar un coaseguro, deducibles y copagos por la atención médica que yo reciba.
- Acepto pagar a tiempo cualquier monto que yo adeude para atención médica. Si no pago los montos que adeudo, acepto que pagaré los costos que surjan de intentar obtener un pago de mí, incluidos los honorarios de cobranza, costas judiciales, honorarios de abogados y otros costos de cobranza.

Q. Ley de Facturación Justa a los Pacientes

- Comprendo que puedo recibir facturas independientes del hospital y de Profesionales sanitarios independientes por los servicios que me hayan prestado.
- Si tengo preguntas sobre mi cobertura de seguro o beneficios disponibles, comprendo que debo contactar a mi aseguradora de salud o a mi empleador. Comprendo que el hospital y los Profesionales sanitarios independientes no pueden garantizar que mi atención será cubierta por mi aseguradora de salud.

R. Asistencia financiera

- Si no puedo pagar mi factura de atención de la salud, comprendo que el hospital puede tener algunas opciones de asistencia financiera, incluida la atención gratuita, atención con descuento o pagos libres de intereses. Pediré a la oficina de facturación del hospital o a mi Profesional sanitario independiente si hay alguna opción que me ayude a pagar mi atención.

AVISO: El hospital y UPH no discriminan a ninguna persona por motivos de religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, raza, color, nacionalidad, discapacidad o edad al momento de admisión, tratamiento o participación en sus programas servicios, actividades o empleo.

Consentimiento:

Leí, comprendí y acepté los términos dispuestos en estas Condiciones de admisión. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas y no tengo ninguna pregunta adicional en este momento. Comprendo que el hospital no puede acatar ninguna modificación que yo haga a este documento.

NOTA: Se le pedirá que firme (o firme electrónicamente) este documento antes de su admisión.