

GUNDERSEN HEALTH SYSTEM®

Autorización del paciente y términos de servicio

Información del paciente:

Nombre - Apellido, Nombre

N.º de registro médico

Fecha de nac.

Fecha de servicio

Autorización para el tratamiento: Doy mi consentimiento para que se brinde atención médica, la cual puede incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico que mi(s) médico(s) tratante(s) u otros miembros del personal médico de Gundersen* consideren necesarios. Es posible que me ofrezcan servicios médicos a través de sistemas de telemedicina que impliquen la prestación de atención médica mediante comunicación electrónica por parte de un proveedor que se encuentre en una ubicación física diferente, y doy mi consentimiento para dichos servicios. Entiendo que mi atención médica y tratamiento pueden ser prestados por asistentes médicos, personal de enfermería y otros proveedores de atención médica. He leído y entiendo esta Autorización para el tratamiento y entiendo que no se me ha dado ninguna garantía ni certeza en cuanto a los resultados que pueden obtenerse.

Autorización para Medicare: En la medida en que sea elegible para recibir beneficios de Medicare, al firmar este formulario, certifico que es correcta la información que proporcioné al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social (*Social Security Act*). Autorizo a todo aquel que retiene información médica o de otra índole sobre mí a entregar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradores toda información necesaria para la presente reclamación o alguna reclamación relacionada ante Medicare. Solicito que se realice en mi nombre el pago de los beneficios autorizados.

Autorización para revelar información médica:** Autorizo a Gundersen a revelar toda información médica según sea necesario a:

Todos los Pagadores*** para procesar reclamaciones de servicios médicos.

- La(s) persona(s) que designe como mi(s) destinatario(s) de facturación o garante(s) para manejar la facturación, el pago y la cobertura de atención médica de mi cuenta.
- Organizaciones de acreditación y gestión de calidad, agencias fiscalizadoras, agencias de información de salud pública u otras personas o entidades para operaciones de atención médica.
- Mis otros proveedores de atención médica con fines de tratamiento o pago; y
- Entidades de Gundersen con el fin de proporcionar información sobre los servicios y bienes de Gundersen y/o sus afiliados que puedan ser de mi interés. Entiendo que, si esta información se revela a un tercero, puede dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad y podrá ser revelada nuevamente por la persona o entidad que haya recibido la información de conformidad con la ley aplicable. Gundersen no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios al hecho de que yo acepte o no esta estipulación.
- Autorizo a Gundersen y a mi(s) aseguradora(s) a compartir mis registros de salud, tratamiento y contables pasados, actuales y futuros sobre los servicios que he recibido de Gundersen y otros proveedores de atención médica, según sea necesario, para administrar o coordinar mi atención y mejorar la calidad de dicha atención.

Autorización para asignar beneficios y revelar información a Gundersen:

Autorizo a mi(s) pagador(es) a pagar directamente a Gundersen, bajo los términos de mi(s) plan(es) de atención médica, todo beneficio adeudado por los servicios prestados por Gundersen. Entiendo que Gundersen se reserva el derecho de rechazar o aceptar la asignación de beneficios médicos. Si soy beneficiario de Medicare, solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare a mí o a Gundersen en mi nombre de todos los servicios prestados. Si mi(s) plan(es) de atención médica no permite(n) el pago directo a Gundersen o si Gundersen

decide no aceptar la asignación de beneficios médicos, acepto pagar a Gundersen todas las facturas de atención médica que reciba por los servicios prestados. Autorizo a Gundersen a comunicarse con mi(s) pagador(es) para obtener toda la información financiera pertinente con respecto a la cobertura y los pagos realizados bajo mi(s) plan(es) de atención médica y para que mi(s) pagador(es) pueda(n) revelar dicha información a Gundersen.

Las siguientes estipulaciones se aplican si usted busca atención en un hospital de acceso crítico en la fecha de prestación de su servicio.

Notificación sobre la atención de médicos en este establecimiento: Es posible que este hospital de acceso crítico no disponga de un médico en el establecimiento durante las 24 horas del día.

A fin de atender sus necesidades, si surge alguna condición médica de emergencia, llamaremos a un médico que estará de guardia pasiva y disponible para venir al hospital.

Empacado de medicamentos recetados: Acepto que, por medio de la sala de emergencias o la clínica de atención de urgencias, me entreguen medicamentos en envases sin tapa de seguridad para autoadministración.

Iowa – Honorario de médico: Los servicios de patología y radiología son prestaciones médicas realizadas o supervisadas por médicos, y el personal y las instalaciones son o pueden ser proporcionados por el hospital para dichos servicios. Sin embargo, los cargos por dichos servicios son o pueden ser cobrados por el hospital en nombre de tales médicos, de conformidad con un acuerdo entre esos médicos y el hospital; además, con respecto a dichos cargos, doy mi consentimiento para que el hospital retenga una suma acordada de conformidad con un acuerdo existente entre el médico y el hospital.

Comprendo que es posible que reciba facturas separadas de cada médico en particular por cualquier servicio prestado.

Iowa - Supervisión visual: Es posible que se supervise visualmente al paciente para garantizar su seguridad.

Condiciones de servicio

Declaración de responsabilidad financiera: Reconozco que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados, incluyendo cualquier cantidad no pagada por mi(s) plan(es) de atención médica, aparte de los términos de facturación y restricciones bajo un programa gubernamental. Autorizo a Gundersen a aplicar todo saldo a favor en mi cuenta a cualquier cantidad que adeude a una o más entidades de Gundersen. Esto se trata de una obligación de naturaleza familiar y nuestros bienes conyugales, así como mis bienes individuales, podrán servir para cumplir esta obligación.

Uso del teléfono: Acepto que Gundersen Health System, sus afiliados y asociados comerciales (incluyendo terceros cobradores de deudas) me contacten —inclusive a un número de teléfono celular— por cualquier propósito relacionado con mi cuenta. Comprendo que esto puede incluir el uso de equipos automatizados de marcado de llamadas, voz pregrabada o mensajes de texto.

Aviso de prácticas de privacidad: Confirmando que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Gundersen. Puedo solicitar una copia impresa durante mi visita.

ATENCIÓN: Este es un documento legal. No se aceptarán cambios en este formulario. Mediante la firma de esta autorización, usted reconoce que ni el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios estarán condicionados a la firma de la presente. Si el beneficiario autorizado utiliza o revela la siguiente información, la misma estará sujeta a futuras revelaciones y dejará de ser información protegida. Usted también tendrá derecho a inspeccionar y recibir una copia del material que se revelará.

Pueden obtenerse copias de historiales con un aviso previo razonable y el pago de las copias.

- **Si el paciente es mayor de 18 años y no puede firmar**, un sustituto legalmente autorizado puede firmar y fechar el formulario. Indique su autoridad legal e incluya la documentación para acreditar su parentesco:
 Tutor legal o Curador **Agente de salud (Poder para la atención de la salud)**
- **Si el paciente tiene 17 años de edad o menos**, el padre/la madre o el tutor legal del paciente debe firmar y fechar el formulario, a menos que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Indique su parentesco:
 Padre/Madre **Tutor legal**

Firma

Fecha de firma

* A los fines de este formulario, Gundersen se refiere a Gundersen Lutheran Health System, Inc., Gundersen Lutheran Administrative Services, Inc., Gundersen Lutheran Medical Center, Inc., Gundersen Clinic, Ltd., Tri-County Memorial Hospital, Inc., St. Joseph's Health Services, Inc., Memorial Hospital of Boscobel, Inc., Moundview Memorial Hospital and Clinics, Inc., Palmer Lutheran Health Center, Inc., Gundersen St. Elizabeth's Hospitals and Clinics, incluyendo a sus empleados y agentes.

**La información médica incluye, entre otras, información relacionada con psicología, psiquiatría, anemia de células falciformes, VIH/SIDA, enfermedades transmisibles, pruebas genéticas, y diagnóstico y tratamiento del abuso de alcohol y drogas, si existe dicha información.

***A los fines de este formulario, Pagador(es) incluye(n), entre otros, compañías aseguradoras, administradores de planes de salud u otros pagadores, como los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes o agencias de revisión.