



## ACUERDO DE REGISTRO Y TÉRMINOS DE SERVICIO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.o de registro médico: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_  
Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

**Este acuerdo firmado se refiere a toda la atención prestada en un centro de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics o prestada por un proveedor de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics en un centro no asociado con Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics.**

Servicios prestados en una clínica de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics: el acuerdo permanece vigente por un período de un año a partir de la fecha de prestación del servicio.

Servicios prestados en un hospital de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics: el acuerdo permanece vigente desde la fecha de prestación del servicio hasta que se hayan pagado totalmente todos los tratamientos o cargos hospitalarios y haya un saldo de cero (\$0) en la cuenta.

### CON RESPECTO A MI ATENCIÓN MÉDICA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA:

Que se me brinde atención médica, incluidos procedimientos de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico que mi(s) médico(s) tratante(s) u otro personal de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics considere(n) necesario. Entiendo que mi(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica pueden estar acompañados y/o asistidos por estudiantes, pasantes y residentes durante mi atención.

Doy mi consentimiento para que estas personas estén presentes y/o participen en mi tratamiento mientras estén bajo la dirección o supervisión de mi(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica autorizados. Entiendo que si decido dar mi consentimiento para recibir cualquier atención médica especializada y/o servicios no rutinarios de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics, tendré la oportunidad de dar mi consentimiento para dicha atención médica especializada y/o servicios no rutinarios independientemente de este acuerdo.

Servicios médicos por teléfono o telemedicina por videoconferencia que involucran la prestación de atención médica mediante comunicación electrónica con un proveedor que se encuentra en una ubicación física diferente.

Cuidados y tratamientos médicos prestados por médicos practicantes, enfermeros registrados y otros proveedores de atención médica.

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

No se me ha dado ninguna garantía ni certeza en cuanto a los resultados que pueden obtenerse.

### CON RESPECTO A PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA NO AFILIADOS QUE PUEDEN PRESTAR SERVICIOS EN CENTROS DE EMPLYFY HEALTH, COMPRENDO Y ACEPTO QUE:

Esos proveedores tienen privilegios clínicos pero no son agentes empleados de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics.

Los empleados, agentes y representantes de Gundersen Health System pueden seguir las instrucciones de dichos proveedores.

Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics no se hace responsable de los actos, las omisiones ni las instrucciones dadas por los proveedores mientras estoy en Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics. No se incluyen los honorarios de ningún proveedor como parte de ninguna factura que recibo de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics.

No se me ha dado ninguna garantía ni certeza en cuanto a los resultados que pueden obtenerse.

### 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 dichos 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.

### AUTORIZO A Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics A REVELAR TODA \*\*INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE MÍ A:

Medicare u otras aseguradoras y sus agentes con el fin de decidir sobre beneficios y gestionar reclamaciones. Esto puede incluir, entre otras cosas, la solicitud de autorización previa o la apelación de reclamaciones denegadas. El garante para el manejo de la facturación y el pago 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; y no condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios al hecho de que yo firme o no esta estipulación.

Las entidades pertenecientes a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics con el fin de proporcionar información sobre los servicios y bienes de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics y sus afiliados que puedan ser de mi interés. Entiendo que, si esta información

se revela a un tercero tal como se establece en el Aviso de prácticas de privacidad, dicha información 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 las leyes aplicables.

Autorizo a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics y a mi(s) aseguradora(s) a compartir mis registros contables, de salud y tratamiento pasados, actuales y futuros sobre los servicios que he recibido de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics y otros proveedores de atención médica según sea necesario para administrar o coordinar mi atención y mejorar la calidad de dicha atención.

**CON RESPECTO A LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA, ENTIENDO Y ACEPTO QUE:**

El pago de los beneficios autorizados del seguro se hará a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics por todo servicio que me preste Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics.

Puedo recibir una factura por separado por los servicios de atención médica que reciba de un proveedor de atención médica no empleado por Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics y soy responsable de pagar todos esos cargos.

Soy responsable de pagar todos los cargos por los servicios prestados, incluida toda cantidad no pagada por mis planes de salud, aparte de los términos de facturación y restricciones bajo un programa gubernamental.

Autorizo a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics a aplicar todo saldo acreedor en mi cuenta a toda cantidad que yo pueda deber a una o más entidades de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics. Cualquier saldo pendiente constituye una obligación familiar, y nuestros bienes matrimoniales y mis bienes individuales deben estar disponibles para cumplir con esa obligación. Autorizo a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics a aplicar todo saldo acreedor a dichas cuentas.

**CON RESPECTO A LOS TÉRMINOS DE SERVICIO EN Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics, ENTIENDO Y ACEPTO QUE:**

Uso del teléfono: Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics, sus afiliados y asociados comerciales (incluyendo terceros cobradores de deudas de terceros) están expresamente autorizados a contactarme, 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. Comprendo que pueden aplicarse tarifas estándares para mensajes de texto.

**He recibido o rechazado una copia del aviso de prácticas de privacidad, derechos y responsabilidades, Aviso de asistencia con el idioma, y del aviso de no discriminación de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics.**

**OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** entiendo que soy responsable de todos mis objetos personales durante mi visita. Asumo la responsabilidad de cualquier pérdida o daño que sufran dichos objetos de valor.

**ATENCIÓN:** Este es un documento legal. No se aceptarán cambios en este formulario. Mediante la firma de este acuerdo, usted reconoce que ni el tratamiento, ni el pago, ni la inscripción, ni la elegibilidad para beneficios estarán condicionados a la firma del presente. Si el destinatario 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.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si firma alguien que no es el paciente:**  Padre/Madre/Representante legal  gente de salud (Poder para la atención de la salud)

\*\*La información médica incluye, entre otras, información relacionada con psicología, psiquiatría, anemia de células falciformes, VIH/SIDA, enfermedades transmisibles, pruebas genéticas, y tratamiento por consumo de sustancias, si existe dicha información.