



**Sistema de Salud de
Children's Hospital of The King's Daughters**

**RECONOCIMIENTO/CONSENTIMIENTO
PARA TRATAMIENTO Y PAGO**

Patient Label or MRN, Acct#, Patient Name, DOB, Date of Service

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Por el presente solicito y doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico y/o diagnóstico, incluyendo ser internado al hospital si se considera necesario, por Children's Hospital of The King's Daughters, Incorporated ("CHKD"), Children's Medical Group, Inc. ("CMG"), Children's Surgical Specialty Group, Inc. ("CSSG") (Se hace referencia aquí a CHKD, CMG y CSSG colectivamente como "Sistema de Salud de Children's Hospital of The King's Daughters" o "CHKDHS") y/o Children's Specialty Group, PLLC ("CSG"), y por el presente autorizo a dichas entidades y a sus médicos (y a toda persona que los médicos designen como auxiliares, incluyendo a los doctores Residentes y a cualquier médico profesional empleado por CHKD) y a sus empleados para que me brinden tratamiento o se lo brinden a los menores que estén bajo mi custodia legal, incluyendo hijastros, de la manera que ellos determinen que sea necesaria terapéuticamente. Yo comprendo que este tratamiento puede incluir pruebas (de laboratorio/diagnósticas), exámenes, administración de medicamentos y procedimientos médicos o quirúrgicos. Yo comprendo que durante el tratamiento, existe la posibilidad de que los trabajadores de la salud estén expuestos directamente a la sangre o líquidos corporales del individuo. Las leyes de Virginia autorizan a los proveedores de atención médica a hacerle pruebas al paciente para el VIH y para los anticuerpos de la Hepatitis B & C cuando un proveedor atención médica o cualquier persona empleada por o bajo la dirección y el control de un proveedor de atención médica es expuesto a los líquidos corporales de un paciente basado en el consentimiento considerado. En caso de exposición, comprendo que voy a ser considerado como persona que ya ha dado consentimiento para pruebas, y autorización a la divulgación de los resultados de las pruebas al proveedor de atención médica que pudo haber sido expuesto. Antes de los exámenes, yo seré informado y me darán la oportunidad de hacer preguntas. Doy permiso para que compartan información acerca del historial de recetas de cualquier farmacia de drogas o agencia de monitoreo de drogas a mi doctor o proveedor de cuidado médico. Además doy mi consentimiento para que tomen fotografías para propósitos de tratamiento y/o pago.

OBLIGACION DE PAGO

Yo irrevocablemente dirijo y asigno el pago de mi compañía de seguro, Medicaid, Medicare, Tricare u otro proveedor de beneficios de salud a CHKDHS y/o CSG por los servicios brindados. Comprendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguro y yo, y que soy responsable ante CHKDHS y/o CSG por cualquier cargo que no sea cubierto por mi seguro, incluyendo los copagos, deducibles y cuotas por servicios no cubiertos. Ya que la mayoría de los médicos no son empleados por el hospital, el médico y el hospital enviarán cuentas separadas por los servicios brindados. Algunos planes de seguro le exigen al laboratorio o al departamento de radiología que realiza los exámenes que le cobren por esos exámenes diagnósticos. En estos casos, comprendo que recibiré una cuenta separada y un cobro del laboratorio o del departamento de radiología que realizando el examen. Si todos los cargos no son pagados cuando se vence el pago a CHKDHS y/o CSG, la persona cuya firma aparece suscrita está de acuerdo a pagar todos los costos de colecciones, incluyendo las cuotas de las agencias de colecciones y las cuotas de los abogados, hasta una cantidad que no exceda el TREINTA Y TRES Y UN TERCIO POR CIENTO (33-1/3%) del balance/saldo total determinado con la agencia y el abogado, el cual se considerará incurrido por usted al ser referido.

SALDOS PENDIENTES Y PREGUNTAS ACERCA DE CUENTAS

Una vez que se haya recibido el pago de mi compañía de seguro, cualquier saldo restante en mi cuenta va a ser pagado por mí una vez reciba la cuenta. Los copagos y otras cantidades de propio pago deben pagarse antes de salir del hospital y/o consultorio. Yo he sido informado que se puede aplicar una cuota de \$25.00 a mi cuenta por cualquier cheque devuelto. LA CUOTA POR CHEQUE DEVUELTO sólo puede pagarse en efectivo o con giro postal. Por favor, dirija todas sus consultas relacionadas con las cuentas al Representante de Facturación de CHKDHS y/o CSG donde usted recibió su atención médica.

RECONOCIMIENTOS/CERTIFICACIONES

- Yo, uno de los Padres/ el Guardián Legal/el Paciente, reconozco y certifico lo siguiente:
- Me han realizado exámenes médicos de detección y he recibido tratamiento de estabilización antes de que me solicitaran información financiera mientras buscaba atención para una supuesta emergencia médica.
 - Me han entregado (a) los "Derechos y Responsabilidades del Paciente/Familia" y (b) el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Arreglo de Atención Médica Organizada en la fecha que se celebró este Acuerdo y me fue dada la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información proporcionada.
 - He leído y acepto los términos de la "Política Financiera para el Paciente". Certifico que comprendo las condiciones de pago contenidas en este documento.
 - Si la dirección de correo electrónico es proporcionada, Yo doy permiso al CHKDHS & CSG para que usen correo electrónico no asegurado para que me envíen un enlace para una encuesta de satisfacción del paciente. El correo electrónico recibido va a incluir el nombre del paciente y el doctor que fue visto. Dirección de correo electrónico aprobada para ser utilizada: _____
 - Certifico que me han explicado este documento completamente y entiendo el contenido de este documento y que soy el paciente o uno de los padres/guardián legal del paciente y tengo la autoridad para solicitar este tratamiento. Además, permito que se utilice una copia de este documento en lugar del original. Certifico que todas las declaraciones son verdaderas y correctas y entiendo que las declaraciones o los documentos falsos o el ocultamiento de hechos materiales pueden ser sometidos a juicio conforme a las leyes federales o estatales.

Directiva por Adelantado se debe completar si el paciente es un adulto (18 años o más): ¿El paciente tiene una directiva por adelantado? Sí No

Gracias por elegir el Sistema de Salud de Children's Hospital of The King's Daughters como su Proveedor de Atención Médica.

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de molde)

FECHA DE NACIMIENTO

PT/FAMILY PROVIDES ALL INFORMATION
ON ENGLISH DOCUMENT ONLY

TRANSLATION TO BE USED AS
PT/FAMILY REFERENCE

SOLO FIRME ESTE DOCUMENTO EN INGLES
FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

SOLO LLENE ESTE DOCUMENTO EN INGLES
RELACION AL PACIENTE

FECHA

HORA

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Para uso exclusivo de la oficina:

Segundo testigo: (Consentimiento verbal solamente)

Fecha

Nombre de la persona que acompaña al paciente