



PLEASE USE THIS PAGE AS REFERENCE ONLY
ALL SIGNATURES MUST BE ON ENGLISH CONSENT FORM

Children's Hospital of The King's Daughters Health System
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 "Children's Hospital of The King's Daughters Health System" 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 su(s) asistente(s), incluyendo a los médicos Residentes y a cualquier médico profesional empleado por CHKD) y a sus empleados para que me brinden tratamiento o se lo brinden al/los menor(es) que estén bajo mi custodia legal, incluyendo hijastros, de la manera que ellos determinen 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 atención médica estén expuestos directamente a la sangre o a los líquidos corporales del individuo. Las leyes de Virginia autorizan a los proveedores de atención médica a hacerle pruebas a los pacientes para el VIH y para los anticuerpos de la Hepatitis B & C cuando un proveedor de atención médica o cualquier persona empleada por o bajo la dirección y el control de un proveedor de atención médica queda expuesto a los líquidos corporales de un paciente de tal modo que pueda transmitir el VIH o el virus de la Hepatitis A o B. En el 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 quién pudo estar 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 atención médica. Además, doy mi consentimiento para que tomen fotografías/videos para propósitos de tratamiento, seguridad, salud pública, operaciones del sistema de salud, y/o de pago.

Fecha: XXXX Iniciales: XXXX

OBLIGACION DE PAGO

Yo irrevocablemente dirijo y asigno pago por medio 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 mi persona, 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 y/o al departamento de radiología que realiza los exámenes que cobren por tales exámenes diagnósticos. En estos casos, comprendo que recibiré una factura separada y un cobro del laboratorio y/o del departamento de radiología que realizó 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.

Fecha: XXXX Iniciales: XXXX

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 será pagado por mí al recibir la factura. 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. Todas las preguntas relacionadas con las facturas pueden ser dirigidas al Representante de Facturación de CHKDHS y/o CSG donde se recibió la atención médica.

Fecha: XXXX Iniciales: XXXX

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

- Si la dirección de correo electrónico es proporcionada, yo le doy permiso al CHKDHS y/o CSG para que a través del uso de correo electrónico cifrado me envíen mensajes que pueden incluir información de salud protegida.
• Si se proporciona(n) número(s) de teléfono móvil, yo le doy permiso al CHKDHS y/o CSG para que a través del uso de mensajes de texto no asegurados me envíen mensajes que pueden incluir información de salud protegida.

Al firmar este formulario para el consentimiento, reconozco que tengo la autoridad para dar consentimiento y estoy otorgando permiso a CHKDHS y/o CSG o a sus afiliados, proveedores clínicos, asociados de negocios, servicios de facturación, agencias de colección, agentes, o terceras partes que puedan actuar en su nombre a contactarme por cualquier razón al número de teléfono celular proporcionado. Entiendo que puedo decidir dar permiso para que me contacten por teléfono y por mensajes de texto, o por teléfono solamente (no mensajes de texto). El consentimiento no es obligatorio; yo puedo decidir que no me contacten a mí(s) número(s) de teléfono celular. Yo retengo el derecho de revocar el permiso en cualquier momento. Entiendo que las comunicaciones pueden ser realizadas a través de una llamada telefónica directa o a través del uso de mensajes de texto, mensajes de voz en vivo, pre-grabados o artificiales, y/o el uso de un "sistema de marcado telefónico automatizado," o "tecnologías con asistencia informática," o "sistema automático de marcación." Dependiendo de mi plan de servicio móvil telefónico, las tarifas de datos y mensajes pueden ser evaluadas por mi proveedor de servicio móvil. Puedo revocar el consentimiento o excluirme en cualquier momento proporcionando notificación escrita a Physician Practice Management, enviando un correo electrónico a Text.Opt@chkd.org, llamando a CHKD al (757) 668-8577, o visitando el sitio web www.chkd.org/TextOpt. Respondiendo a los mensajes de texto con la palabra "STOP" también revocará mi consentimiento. Entiendo que la persona que firma no está obligada a firmar el acuerdo como condición para asegurar ningún servicio con CHKDHS y/o CSG.

Fecha: XXXX Iniciales: XXXX

RECONOCIMIENTOS/CERTIFICACIONES

Yo, el Padre/ el Tutor Legal/el Paciente, reconozco y certifico lo siguiente:
• Me realizaron un examen médico de detección y recibí tratamiento de estabilización antes de que me solicitaran información financiera mientras buscaba atención para una supuesta emergencia médica.
• Me entregaron (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 realizó 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 del Paciente". Certifico que comprendo las condiciones de pago contenidas en este documento.
Certifico que me han explicado este documento completamente, que he tenido la ayuda de comunicación necesaria y entiendo el contenido de este documento y que soy el paciente o el padre/tutor 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 puede ser sometido a juicio conforme a las leyes federales o estatales. Reconozco que cualquier documento completado por CHKDHS y/o CSG no deberá ser cambiado o alterado por un padre/tutor legal/paciente y entiendo que si es cambiado o alterado, esto puede poner en peligro la salud o la seguridad de mi hijo(a) basado en la(s) recomendación(es) del proveedor/ de los proveedores médico(s).

Fecha: XXXX Iniciales: XXXX

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

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de molde):XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX FECHA DE NACIMIENTO:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SOLO FIRME DOCUMENTO ESCRITO EN INGLÉS/COMPLETE DOCUMENT WRITTEN IN ENGLISH ONLY

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

RELACION AL PACIENTE/AUTORIDAD LEGAL

FECHA

HORA

Testigo: XX Fecha: Hora:

Para uso exclusivo de la oficina:

Segundo testigo: (Consentimiento verbal solamente)

Fecha

Nombre de la persona que acompaña al paciente