



Children's Hospital of The King's Daughters Health System
RECONOCIMIENTO/CONSENTIMIENTO
TO 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 para propósitos de tratamiento y/o pago.

Fecha: _____ Iniciales: _____

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: _____ Iniciales: _____

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. Por favor, dirija todas sus preguntas relacionadas con las facturas al Representante de Facturación de CHKDHS y/o CSG donde usted recibió su atención médica.

Fecha: _____ Iniciales: _____

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

- Si la dirección de correo electrónico es proporcionada, yo doy permiso al CHKDHS y/o CSG para que usen correo electrónico no asegurado para que me envíen mensajes que pueden incluir información de salud protegida.
- Si el teléfono móvil es proporcionado, yo le doy permiso al CHKDHS y/o CSG para que envíen mensajes de texto no asegurados para que 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 al CHKDHS y/o CSG a contactarme por cualquier razón al número de teléfono celular proporcionado. Entiendo que puedo decidir dar permiso para que me que contacten por llamadas telefónicas y mensajes de texto, o por llamadas telefónicas solamente (no mensajes de texto). El consentimiento no es obligatorio; yo puedo decidir que no me contacten a mi número de teléfono celular. Yo retengo el derecho de revocar el permiso en cualquier momento. Entiendo que me pueden contactar por llamadas por marcación directa o a través del uso de mensajes de texto, mensajes de voz pre-grabados o artificiales, y/o el uso de un "sistema automatizado de marcación telefónica" o "discado automático". Dependiendo de mi plan de servicio de telefonía móvil, las tarifas de datos y mensajes pueden ser evaluadas por mi proveedor de telefonía móvil. Puedo revocar el consentimiento o excluirme en cualquier momento al proporcionar notificación escrita a Physician Practice Management, al enviar correo electrónico a Text.Opt@chkd.org, al llamar a CHKD al (757) 668-8577, o al visitar nuestro sitio web en www.chkd.org/TextOpt. Responder 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: _____ Iniciales: _____

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 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 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.

Fecha: _____ Iniciales: _____

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 escoger al Children's Hospital of The King's Daughters Health System como su Proveedor de Atención Médica.

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de molde): _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

RELACION AL PACIENTE/AUTORIDAD LEGAL

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