

**Rex Outpatient Rehabilitation
Rex Sleep Disorders Center**

*Departments of Rex Hospital
Garner, NC*

identificación del paciente

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Aviso de prácticas de privacidad: el aviso de prácticas de privacidad es una descripción completa de los derechos de los pacientes de Rex Hospital, Inc. y Rex Physicians, LLC (“Rex”) respecto a la información de los pacientes y a cómo se protege dicha información. Se me brindó la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

Al firmar a continuación, declaro que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Rex.

PACIENTE: _____ O aviso recibido con anterioridad
(o representante autorizado)

Consentimiento para recibir tratamiento/atención: acepto recibir el tratamiento/atención ya que el Rex Hospital, Inc., Rex Physicians LLC (“Rex”) y otros médicos y proveedores de atención de la salud de Rex lo consideran necesario. Comprendo que el tratamiento/atención incluirá una variedad de servicios médicos basados en la naturaleza de mi afección, incluidas pruebas de laboratorio y otros cuidados de rutina, tal como vacunas. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y comprendo que no se me han brindado garantías sobre los resultados de los tratamientos, los exámenes ni los procedimientos. Soy consciente de que los médicos de la sala de emergencias, anestesistas, enfermeras anestesistas certificadas, neonatólogos, patólogos, radiólogos y oncólogos de radiación son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Rex de acuerdo con su criterio profesional. Estos profesionales no son empleados ni agentes de Rex.

Consentimiento para el uso y la divulgación de información: le doy permiso a Rex, los médicos tratantes y otros miembros del personal a divulgar información sobre mi persona, mi salud, los servicios de salud que se me brindaron o el pago por mis servicios de salud que pueda ser necesaria: (1) para mi tratamiento, a cualquier proveedor o instalaciones de atención de la salud que necesiten información para continuar con mi atención; (2) para cualquier propósito relacionado con pagos de servicios de mi parte o de terceros, para determinar elegibilidad, para procesar un reclamo del seguro, para uso y revisión de calidad o para fines de facturación o cobranza, según fuera necesario para obtener el pago o (3) para las operaciones de atención de la salud de Rex, incluidas evaluación de calidad, programas de capacitación, planificación y actividades de recolección de fondos. Para obtener información más detallada sobre los tipos de cosas para los cuales puede usarse o divulgarse mi información, consultaré el *Aviso de prácticas de privacidad*.

Además autorizo la divulgación de información financiera y de actividades relacionadas con pagos de servicios

a:

Nombre de la persona: _____

Relación con el paciente: _____

Responsabilidad financiera: comprendo y acepto que los cargos médicos por servicios médicos y profesionales relacionados, realizados o supervisados por un médico serán facturados por separado de los cargos del hospital. Comprendo que mis cargos reales pueden ser diferentes de los cargos estimativos que me dieron. También comprendo que una compañía de seguros puede no pagar la cantidad total de mis cargos y puedo ser responsable (como paciente, cónyuge o padre de un menor) del monto no pagado. Si no tengo cobertura de seguro médico o no he proporcionado información actual o precisa del seguro, soy responsable del pago de todos los cargos. Si he pagado en exceso cualquiera de mis cuentas con otros proveedores de Rex, acepto que este pago en exceso sea transferido para el pago en cualquier otra de mis cuentas.

Medicare/Medicaid/Certificado, asignación y solicitud de pago de seguro

He sido informado que Medicare sólo pagará por servicios que determine razonables y necesarios bajo la sección 1862(a)(1) de la Ley de Medicare. Certifico que la información provista al solicitar el pago bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de beneficios autorizados se realice en mi nombre al proveedor de Rex. Por el presente, autorizo a Rex a facturar directamente y asignar el derecho a todos los beneficios de seguro médico y responsabilidad, que de otra forma serían pagaderos a mí y autorizo el pago directo al proveedor de Rex.

Número de Seguro Social: he proporcionado **voluntariamente** mi número de seguro social. Rex puede usarlo para identificación precisa, presentación de reclamos de seguro, facturación y cobranza y cumplimiento con las leyes federales y estatales.



Derechos de los pacientes: se me proporcionó una copia de los Derechos y responsabilidades de los pacientes de Rex.

Bienes personales: comprendo que Rex no asume responsabilidad por los objetos personales de los pacientes, incluidos pero sin limitarse a: joyas, gafas, audífonos, dentaduras postizas, prendas, teléfonos celulares, etc. Cualquier cosa que permanezca en mi posesión es mi responsabilidad.

Fotografía: comprendo que se pueden usar fotografías, cintas de video o filmaciones para evaluar, diagnosticar, identificar, tratar o documentar mi condición o progreso durante el transcurso de mi tratamiento médico.

Número de teléfono inalámbrico: acepto que Rex o sus agentes o sus representantes puedan comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número que figure en mi registro de Rex, incluidos los números de teléfonos móviles, con el fin de prestar servicio a mi cuenta y cobrar los montos adeudados. Los métodos para comunicarse pueden incluir mensajes de voz artificial o pregrabados y el uso de servicios de marcado automático.

Lista de pacientes: para comodidad de los pacientes y los visitantes, Rex tiene una lista de los pacientes que están recibiendo servicios, para poder proporcionar la siguiente información a las personas que preguntan por los pacientes por su nombre: ubicación del paciente en las instalaciones y el estado general del paciente. Si prefiere que se elimine su información de la lista, coloque sus iniciales a continuación.

_____ **NO** deseo ser incluido en la lista de pacientes de Rex. Elimine mi nombre.

Información religiosa: Rex brinda una lista de pacientes para los sacerdotes de la comunidad cuando la solicitan. La lista incluye el nombre y la ubicación del paciente, el estado general del paciente y la afiliación religiosa del paciente. Si prefiere que se elimine su información de la lista, coloque sus iniciales a continuación.

_____ **NO** deseo ser incluido en la lista de Rex provista a sacerdotes. Elimine mi nombre. **Comprendo que aquellos empleados por Rex como capellanes aún pueden obtener esta información.**

Compartir información con familiares y amigos: como cortesía, se puede compartir información médica limitada con familiares, amigos y representantes bajo las siguientes condiciones: (1) la información se relaciona con la atención al paciente o el pago por la atención o (2) la información es necesaria para notificar a personas sobre la ubicación, el estado general de salud o el fallecimiento del paciente. Si prefiere que Rex no comparta esta información, coloque sus iniciales a continuación.

_____ **NO** deseo compartir mi información médica personal con familiares, amigos ni representantes.

Este consentimiento tendrá vigencia (1) para visitas al consultorio del médico, durante un año a partir de la fecha en que se firmó o (2) para visitas ambulatorias o de internación, por la duración del ingreso, a menos que sea reemplazado por un nuevo consentimiento. Sin embargo, este consentimiento no vencerá para servicios o procesamiento de reclamos para ingresos o visitas que ocurran mientras este consentimiento esté vigente.

Confirmo que he leído este formulario o que me lo leyeron. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito. Mi retiro no será válido para acciones que ya haya realizado Rex o que estén en curso. Rex está autorizado a divulgar todos los registros requeridos para actuar sobre estas solicitudes. Comprendo este formulario, recibí una copia (si se solicitó) y soy el paciente o estoy autorizado para actuar en nombre del paciente para firmar este formulario.

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN, si no es el paciente: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____ HORA: _____

GARANTE: Si firmo a continuación como garante (no como paciente, cónyuge del paciente, ni como padre de un menor) acepto pagar todos los cargos de Rex no pagados, **independientemente estar de otro modo, obligado legalmente a pagar.**

FIRMA DEL GARANTE

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

TESTIGO: _____

FECHA: _____ HORA: _____