

Rex Day Infusion
Rex Diagnostic Imaging Services
Rex Laboratory Services
Rex Outpatient Rehabilitation
Rex Pharmacy
Rex Radiation Oncology
Rex Sleep Disorders Center
Rex Surgery Center

*Departments of Rex Hospital
(Wakefield)
Raleigh, NC*

patient identification

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Notificación de las Practicas de Privacidad

La Notificación de las Practicas de Privacidad es una descripción completa de los derechos del paciente en Rex Hospital, Inc. y Rex Physicians, LLC ("Rex"), con respecto a la información del paciente y como dicha información es protegida. Se me dió la oportunidad de repasar la Notificación de las Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Al firmar abajo, yo estoy declarando que recibí la Notificación de las Practicas de Privacidad de Rex.

PACIENTE: _____ o Notificación Previamente Recibida
(o un representante autorizado)

Consentimiento para Tratamiento / Cuidado

Yo consiento al tratamiento / cuidado, determinado como necesario, Rex Hospital, Inc. y Rex Physicians, LLC ("Rex") y otros doctores y proveedores de servicios médicos en Rex. Estoy enterado que la práctica de medicina y/o cirugía no es una ciencia exacta y que no se me dió ninguna garantía con respectos a los resultados de algún tratamiento, exámenes o procedimientos. Yo estoy consciente de que los doctores de la sala de emergencia, anesthesiólogos, enfermeras certificadas y registradas en anestesia, neonatólogos, patólogos, radiólogos y oncólogos radiólogos son contratistas independientes que proveen servicios a pacientes de Rex de acuerdo a su opinión profesional. Estos profesionales no son empleados o agentes de Rex.

Consentimiento para el uso y distribución de Datos

Yo concedo el permiso a Rex, doctores y otros miembros del personal que están tratándome a que revelen cualquier dato sobre mi persona, mi salud, los servicios médicos provistos a mí, o pagos por los servicios de salud que sean necesarios:

1. para mi tratamiento--a mi doctor referido, cualquier doctor que me esté tratando y/o otro proveedor de cuidados médicos o establecimientos que necesiten mis datos para mi cuidado continuo;
2. para propósitos de pagos relacionados a servicios--para determinar si es que soy elegible para la cobertura de seguro y si es que este tratamiento / cuidado está autorizado a ser pagado por mi compañía de seguros o por beneficios públicos. Esta información puede ser usada también para llevar a cabo un reclamo de seguros, para una revisión de utilización y calidad o para propósitos de facturación o cobro;
3. para la administración de Rex --para administrar la empresa mas eficazmente, para evaluar y mejorar la calidad, costo y cuidado médico apropiado

Autorizo aún más la liberación de información y actividad financieras relacionadas al pago para servicios a:

El nombre de Individuo: _____

Relación al paciente: _____

Para más información detallada, refiérase a la *Notificación de las Practicas de Privacidad*

Responsabilidad Financiera

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los gastos del doctor por servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un doctor serán facturados por separado de los gastos del hospital. Yo entiendo que los presente cargos difieran de aquellos cotizados. Yo comprendo, además, que puede suceder que una compañía de seguros no cancele el monto total de mis cargos y que yo deba responsabilizarme (como paciente, cónyuge, o el padre de un menor de edad) por el saldo no cubierto. Si no cuento con la cobertura de un seguro de salud o no he provisto información correcta y actualizada del seguro, yo seré responsable por todos los cargos. Si pago de más en cualquiera de mis cuentas con otro proveedor de servicios en Rex, yo estoy de acuerdo que esta diferencia a mi favor sea transferida para pagar a cualquier otra cuenta en la cual tenga un saldo pendiente.

Solicitud de Asignación y Pago del Medicare/Medicaid/Insurance Certificación

Yo fui informado que Medicare pagará solamente por los servicios que determinan ser razonables y necesarios bajo la sección 1862(a)(1) de las leyes de Medicare. Yo certifico que la información dada en la aplicación para pagos bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Social Security Act es correcta. Yo solicito que pagos por beneficios autorizados sean hechos por mi cuenta al proveedor de servicios, Rex. Por medio de la presente, yo autorizo a Rex el cobro directo y yo otorgo el derecho de todos los beneficios de salud y responsabilidad que de otro modo son pagados a mí y yo autorizo pagos directos al proveedor de servicios, Rex.



Numero del Seguro Social

Yo he dado VOLUNTARIAMENTE mi número de Seguro Social. Rex puede usarlo para la identificación correcta, enablar un reclamo de seguro, facturación y cobro y para el acatamiento con las leyes federales y estatales.

Derechos del paciente- Una copia de los derechos y responsabilidades de los pacientes de Rex me ha sido proveída.

Propiedad personal – yo entiendo que que el hospital no se hace responsable por artículos personales incluyendo pero no limitados a: artículos de joyería, anteojos, dispositivos de audición, dentaduras postizas, ropa, teléfonos celulares, etc. Cualquier cosa que yo retenga en mi posesión es mi responsabilidad.

Fotografías – yo entiendo que videos, fotografías y el filmar películas podrían ser usados para asesoramiento, diagnóstico, identificación, tratamiento o documentación de mi condición o progreso durante el curso de mi tratamiento médico.

Lista de Pacientes

Rex mantiene una lista actualizada de los pacientes en el hospital para proveer la siguiente información a las personas que la soliciten: nombre, paradero y condición general del paciente.

Yo entiendo que, a menos que ponga mis iniciales en los espacios provistos, estos datos serán incluidos en la lista de pacientes...

_____ Yo NO deseo que mis datos estén incluidos en la lista de pacientes de Rex.

Información religiosa- Rex también provee una lista para el clero comunitario (no son empleados de Rex)

cuando aquellos la piden. Esta lista incluye el nombre, paradero, la condición general del paciente y su afiliación religiosa.

Yo entiendo que A MENOS QUE PONGA MIS INICIALES en los espacios provistos, mi información será compartida con el clero comunitario cuando sea solicitada.

_____ Yo NO deseo que mi información, incluyendo afiliación religiosa y lugar de adoración sea incluida en la lista para el clero. Yo entiendo que aquellas personas empleadas por Rex como capellanes aún podrían obtener esta información.

Compartiendo Datos Personales con Familiares y/o Amistades

Yo entiendo que a menos que ponga mis iniciales en los espacios provistos, limitados datos de salud pueden ser compartidos con mis familiares, amistades y/o representante; (1) si esta relacionado a mi cuidado o al pago por mi cuidado, o (2) si es necesario notificar a individuos sobre mi paradero o condición general.

_____ Yo NO deseo que mis datos personales de salud sean compartidos con mis familiares, amistades y/o representantes.

Este consentimiento se vence automáticamente un (1) año después de la fecha en la cual se firmó, sin embargo este consentimiento no se vence con respecto a cualquier servicio o proceso de reclamo relacionado a hospitalizaciones o visitas que ocurran mientras este consentimiento esté en vigencia.

YO CONFIRMO QUE HE LEIDO ESTE FORMULARIO O QUE ME FUE LEIDO. YO ENTIENDO QUE PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. SIN EMBARGO ESTA DECISION NO TENDRA EFECTO SOBRE ACCIONES QUE REX YA HAYA TOMADO O AQUELLAS EN PROCESO.

REX ESTA AUTORIZADO A DIVULGAR TODOS MIS EXPEDIENTES QUE SE REQUIERAN PARA ACTUAR CON RESPECTO A ESTA PETICION. HE LEIDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y YO SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO A ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE DE IMPRENTA

PARENTESCO, si no es el paciente: _____

TESTIGO: _____

FECHA: _____

GARANTE: Si firmo como el garante (no como el paciente, o cónyuge del paciente, o el padre de un menor de edad), estoy de acuerdo en cancelar todos los cargos no pagados a Rex, **sea que esté o no de cualquier otra manera legalmente obligado a pagar.**

FIRMA DEL GARANTE

NOMBRE DE IMPRENTA

TESTIGO: _____

FECHA: _____