

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (PÁGINA 1 de 3)

GENERAL CONSENT FOR TREATMENT

HIM #129S

Yo entiendo que el University of North Carolina Health Care System (UNC Health) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades como se indica en www.unchealthcare.org/documentapplicability (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health»). **Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que yo lo firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health en donde yo soy un paciente; sin embargo, no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones ni actividades de cobros relacionados con las hospitalizaciones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.**

Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del lugar donde yo me encuentro y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health (sin ánimo de exhaustividad, médicos y proveedores que se especializan en medicina de urgencias, anestesiología, cirugía, patología, psiquiatría, obstetricia y ginecología, radiología, oncología, cardiología, neurología, pediatría y medicina interna) pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente del afiliado de UNC Health, y que proporcionan servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health de acuerdo con su juicio profesional (colectivamente, «proveedores independientes»). Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como la vacunación y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo análisis. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados que he recibido de los afiliados de UNC Health. Yo entiendo que mi equipo médico en los afiliados de UNC Health puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

Consentimiento para el uso y la divulgación de información

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, los servicios de salud que me presten, o el pago por mis servicios de salud como la ley lo permita. Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de UNC Health.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías o videos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago, operaciones de cuidados de la salud, enseñanza e investigaciones cuando yo he dado mi autorización o ha sido aprobado por el Institutional Review Board (Comité institucional de revisión) siempre y cuando tales grabaciones sean consistentes con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.

Consentimiento para el uso de información dentro de UNC Health

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información confidencial necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la psiquiatría y la salud mental (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de una institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o drogadictos, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para la drogadicción o alcoholismo, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas, y pruebas genéticas.

Responsabilidad financiera

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual puede ser distinto del costo estimado que me den. También entiendo que es posible que una compañía de seguros no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge, tutor o madre/padre de un menor de edad). Si yo no tengo seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health. Yo designo a UNC Health como mi representante autorizado con respecto a cualquier póliza de seguro médico o seguro de responsabilidad civil o cualquier plan de salud colectivo, fondo o programa de cual yo soy beneficiario, y autorizo a UNC Health a



* S D C O N A U T *

ejercer en mi nombre el trámite de cualquier queja, reclamación o derecho de apelar, como el derecho de revisión externa, que yo pudiera tener conforme a tal póliza de seguro médico o seguro de responsabilidad civil o plan de salud colectivo, fondo o programa.

Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare, Medicaid u otro seguro

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine adecuados y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud por los programas de Medicare o Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health.

Número del seguro social

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health pueden usarlo con fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Número de teléfono celular y dirección de correo electrónico

Los afiliados de UNC Health, los proveedores independientes (como se define anteriormente) o cualquiera de sus respectivos agentes, representantes o asociados comerciales (incluidos sus proveedores de servicios de facturación o cobradores de deudas) pueden contactar conmigo por correo electrónico o por teléfono (incluidas llamadas telefónicas, mensajes pregrabados automatizados o mensajes de texto) a cualquier dirección de correo electrónico o número que figure en los registros del afiliado de UNC Health o del proveedor independiente, incluyendo los números de teléfono celular, con el fin de comunicarse conmigo sobre mi atención médica, solicitar información relacionada con la satisfacción del paciente, el mantenimiento de mi cuenta o el cobro de cualquier monto adeudado. Además entiendo que los médicos investigadores de UNC o los miembros de sus equipos de investigación también podrían contactar conmigo por teléfono o por correo electrónico para averiguar si me interesa participar en investigaciones con personas. Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos, mensajes de texto, llamadas telefónicas y mensajes pregrabados automatizados de parte de afiliados de UNC Health Care, proveedores independientes o cualquiera de sus respectivos agentes, representantes o asociados comerciales, incluidos proveedores de servicios de facturación o cobradores de deudas. Entiendo que el consentimiento para recibir correos electrónicos, mensajes de texto, llamadas telefónicas y mensajes pregrabados automatizados no es un requisito para recibir servicios de atención médica. Entiendo que si deseo revocar el consentimiento para recibir comunicaciones de afiliados de UNC Health mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto, mensajes pregrabados automatizados o correo electrónico, puedo hacerlo siguiendo las instrucciones para optar por no participar que se encuentran en la comunicación, si las hubiera, o llamando a UNC Health Customer Service (Servicio de atención al cliente de UNC Health) al (888) 996-2767. Si deseo revocar el consentimiento para recibir comunicaciones de proveedores independientes mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto, mensajes pregrabados automatizados o correo electrónico, puedo hacerlo siguiendo las instrucciones para optar por no participar que se encuentran en la comunicación, si las hubiera, o contactando directamente con el proveedor independiente.

Objetos personales

A menos que yo sea un residente en un centro especializado de enfermería, yo entiendo que los afiliados de UNC Health no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo libero a los afiliados de UNC Health de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH NI PARA ACCIONES EN PROCESO.

YO AUTORIZO A LOS AFILIADOS DE UNC HEALTH CARE A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, ME HAN OFRECIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.

FECHA: _____ HORA: _____

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN, si no es el paciente: _____



GARANTE DE PAGO: La persona que esté de acuerdo con ser responsable por el pago que no sea: 1) el paciente, 2) el cónyuge del paciente, o 3) la madre o el padre de un menor de edad.

Si yo firmo a continuación como garante, yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no pagadas de los afiliados de UNC Health, **incluso si no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

_____ FECHA: _____ HORA: _____
FIRMA DEL GARANTE DE PAGO

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

Translated by UNC Health Interpreter Services, 10/21/22

