

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

Consentimiento GENERAL – TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN

Página 1 de 5

NOTA:

En este formulario, "Corewell Health" significa cualquiera y la totalidad de instalaciones y centros de Corewell Health.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN:

Corewell Health cumple con las leyes federales de derechos civiles, según corresponde, y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo. Corewell Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, ni por motivo alguno prohibido por la ley.

YO ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

- Recibir exámenes y tratamiento por parte de prestadores, residentes, estudiantes y otros profesionales médicos en Corewell Health. Esto puede incluir servicios presenciales, citas médicas compartidas, telemedicina, videograbación, fotografías y dispositivos de audio. Estas herramientas pueden ser usadas para tratar/diagnosticar o para seguridad médica, científica y/o personal al realizar procedimientos.
- Como fue conversado y acordado, el prestador médico puede modificar mi atención y/o la atención de mi hijo para beneficio de mi vida o de mi salud.
- Si yo estoy aquí para dar a luz, el prestador y otros profesionales médicos pueden atender a mi bebé.
- Si estoy participando en una cita médica compartida, estaré en dicha cita con otros pacientes. Durante estas citas, mi información personal puede ser compartida por mi prestador médico con otras personas.
- El prestador médico puede obtener muestras de mi sangre, orina y otros líquidos/tejidos corporales ("muestras"). Yo autorizo al prestador médico a retener y preservar estas muestras con propósitos científicos y educativos, como también a hacer con estas muestras otras pruebas no relacionadas con mi diagnóstico. El prestador médico puede disponer de estas muestras como lo estime conveniente.

YO ENTIENDO QUE:

- Haré preguntas.
- Yo estoy consciente de que el ejercicio de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Nadie me ha hecho promesas ni me ha dado garantías acerca de los resultados de mi tratamiento, atención o exámenes en Corewell Health.
- Los estudiantes e integrantes del personal podrán verme y mirar mi historia clínica, con propósitos de educación o investigación.
- El personal se asegurará de saber quién soy. Me preguntarán la razón por la cual estoy allí. Esto es por mi seguridad.
- Algunos prestadores e integrantes del equipo no son empleados de Corewell Health. Sé que Corewell Health no es responsable ni por la atención proporcionada por dichas personas ni por sus acciones. También sé que puedo recibir facturas por separado de parte de estos profesionales, aun cuando me hayan proporcionado servicios en una instalación de Corewell Health. Yo me pondré en contacto con sus respectivos consultorios si tengo preguntas acerca de mi seguro.

AL REVERSO →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

© Corewell Health

X04879 (1/25) – Page 1 of 5 - Spanish (English X23481)
(Vietnamese X04878) (Burmese X18623) (Swahili X18625)
(Kinyarwanda X18626) (Arabic X28096) Consent GENERAL,
TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION
(Laminated Reference: English X24974, Spanish X24975)



* X 0 4 8 7 9 *

GENERAL – TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN)

Página 2 de 5

- La ley de Michigan permite a los profesionales médicos analizar mi sangre para la detección de VIH (el virus del sida) o de hepatitis, sin mi consentimiento, si alguna persona que haya participado en mi atención resulta expuesta a mi sangre u otros líquidos corporales.
- Una copia de la Política de Acceso a Asistencia Financiera de Corewell Health está a disposición, de ser solicitada, en todas las áreas de Registro y en nuestro sitio web <https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance>.
- Corewell Health no tolerará discriminación contra mi prestador, otros profesionales médicos o integrantes del personal por motivos de raza, color, género, origen nacional, edad, discapacidad, sexo u otros motivos prohibidos por leyes federales, estatales o locales.
- Si mi afección/condición requiere una derivación a un especialista, yo entiendo que se me preguntará qué prestador prefiero. Yo tendré la oportunidad de que Corewell Health se ponga en contacto con el prestador que yo elija o, si no tengo una preferencia, se me asignará uno de la lista de “prestadores de turno” (“on-call”) de Corewell Health. Yo consiento en la facturación a/de mi compañía aseguradora por servicios profesionales proporcionados por este prestador, independientemente de si dicho prestador participa o no en mi programa de seguro.
- Este consentimiento es válido por un (1) año desde la fecha de mi firma.

MI INFORMACIÓN MÉDICA:

- COREWELL HEALTH PUEDE CEDER MI INFORMACIÓN MÉDICA A LAS PERSONAS/ENTIDADES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN.
 - Compañías de seguro, planes de salud y administradores, para el pago de los servicios que mi hijo o yo recibamos.
 - Agencias gubernamentales, tales como Medicare y Medicaid, o según lo exija la ley.
 - Mis prestadores y otras personas involucradas en mi atención ahora o en el futuro.
 - Mi empleador, si dicha información médica está relacionada con atención o servicios pagados por mi empleador, o para otros propósitos permitidos por la ley.
 - Cualquier persona o entidad responsable del pago parcial o total de mi factura.
- Yo estoy de acuerdo con que Corewell Health tome una fotografía de mí o de mi hijo y la guarde en mi historia clínica electrónica. Yo entiendo que Corewell Health usará esta fotografía con propósitos de identificación, a fin de mejorar mi experiencia como paciente.
- Yo entiendo que Corewell Health conservará mi información médica (o la información médica de mi hijo), en conformidad con las políticas internas y con las leyes estatales y federales. También entiendo que mi información médica puede ser almacenada electrónicamente y enviada a, o recibida electrónicamente de, otros profesionales médicos y/o pagadores. Esto incluye mi diagnóstico (qué problema tengo), mis tratamientos (qué se está haciendo para que me mejore) y la información sobre mi medicación y mis recetas. Esto también puede incluir cualquier detalle acerca de mi salud mental, enfermedades infecciosas (como VIH) y otros problemas tales como trastornos por consumo de drogas o alcohol.
- Yo autorizo que la información protegida relativa a mi salud (Protected Health Information, PHI) sea enviada a mi cuenta MyChart (portal del paciente). MyChart es un portal seguro en internet, que me permite ver, recibir y manejar información relativa a mi salud.
- Yo entiendo que la información protegida relativa a mi salud puede incluir datos muy personales (por ej., enfermedad física/mental, abuso de alcohol/drogas, infecciones de transmisión sexual, VIH/sida, etc.). Si yo doy a alguien acceso a mi portal MyChart o pido que la información protegida relativa a mi salud sea compartida con un tercero, dicho tercero podrá ver la información protegida relativa a mi salud (la que puede incluir datos muy personales). Al permitir que otras personas accedan a la información protegida relativa a mi salud, yo estoy de acuerdo con que tales personas puedan ver mis datos muy personales, incluyendo mi situación de VIH/sida.
- En algunos casos, Corewell Health tiene la obligación legal de dar parte de cierta información médica a agencias tales como el departamento de salud. Esto puede incluir información relativa a VIH, TB y otras enfermedades.

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

CONTINÚA EN LA PÁGINA 3 →

GENERAL – TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN)

Página 3 de 5

- Si se me transfiera a otra instalación, los prestadores de Corwell Health / prestadores residentes pueden acceder a mi historia clínica para hacer seguimiento de mi atención y/o utilizar la información para investigación médica.

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

- Yo tengo derechos y responsabilidades en relación con los servicios que mi hijo o yo recibamos. He tenido la oportunidad de que se me entregue una copia de la Notificación de Normas de Privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información contenida en dicha notificación.

OBJETOS DE VALOR

- Yo acepto que Corewell Health no es responsable de proteger mi propiedad, por lo que dejaré mis objetos de valor en casa.

DERECHOS DEL PACIENTE Y RECLAMOS

- Yo entiendo que puedo presentar un reclamo o una queja sin temor a represalias. Se tomarán medidas para solucionar mi inquietud prontamente o dentro de un tiempo adecuado. Si tengo dudas acerca de mis derechos como paciente, puedo hacer preguntas. El número a llamar es 855.613.2262. También puedo expresar mi inquietud ante un representante del departamento de Experiencia de Pacientes y Familias, en el lugar en donde yo reciba atención.

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTOS

- Yo he dado a Corewell Health números telefónicos de mi casa y/o mi celular, como también una dirección de correo electrónico. Consiento en recibir llamadas telefónicas autodiscadas y/o pregrabadas, mensajes de texto y/o correos electrónicos de parte de Corewell Health y/o sus agentes o terceros. Estas comunicaciones pueden incluir facturación. Yo tengo la responsabilidad de cubrir todo cargo resultante de cualquier comunicación, cobrado por mi(s) compañía(s) de servicio telefónico. Esta autorización es voluntaria. Se me puede proporcionar tratamiento aun cuando yo no dé mi consentimiento para contactos.
- Los mensajes de texto provenientes de Corewell Health pueden incluir la fecha y hora de mi cita, el nombre de mi prestador médico, el nombre y la dirección del lugar de mi cita y lo que necesito saber para prepararme para dicha cita, montos adeudados o información limitada de salud.
- Yo autorizo a Corewell Health a enviar mensajes de texto no encriptados al número de teléfono celular que tengo registrado en mi historia clínica en Corewell Health. Yo entiendo que:
 - Los mensajes de texto no están encriptados. La información de salud enviada en un mensaje de texto no encriptado puede ser interceptada y vista por otros. Existen otros riesgos con los mensajes de texto no encriptados, los que incluyen: textos mal direccionados, mensajes reenviados a otras personas y mensajes guardados en servidores que no cuentan con seguridad. Al elegir recibir información relativa a su salud mediante textos no encriptados, usted reconoce y acepta estos riesgos.
 - Esta autorización tendrá validez hasta que yo revoque o retire mi permiso para recibir mensajes de texto.
 - Yo puedo revocar o retirar esta Autorización, excepto en la medida en que ya se haya actuado antes de haberse recibido la notificación de revocación o retiro, en el consultorio de mi médico o llamando al 877.308.5083.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR PAGOS Y FACTURACIÓN

- Corewell Health está autorizado para reclamar pagos, tanto de mi persona como de terceros. Yo autorizo a Corewell Health para actuar en mi nombre a fin de cobrar beneficios de terceros y para endosar cheques acreditables a mi persona o a Corewell Health.
- Yo autorizo a cualquier compañía aseguradora responsable por el pago de mi atención y tratamiento médicos a pagar a Corewell Health por los servicios proporcionados. Yo entiendo que tengo la responsabilidad de pagar todo saldo no cubierto por mi seguro.
- Yo solicito que el pago que se me adeuda de beneficios de Medicare autorizados sea abonado (en mi nombre) a Corewell Health por cualquier servicio que me hubiese sido proporcionado por Corewell Health o en sus instalaciones.
- Yo acepto que si el saldo en mi cuenta no se paga a la fecha indicada, Corewell Health puede contratar los servicios de un abogado y/o de una agencia de cobranza. Yo seré responsable de reembolsar a Corewell Health todos los costos, cargos y honorarios asociados con la cobranza del monto adeudado. Esto incluye, entre otras cosas, interés razonable, costos legales en el evento de que se presentara una demanda y honorarios razonables de abogados y/u honorarios razonables de agencias de cobranza, incluyendo aquellos basados en un porcentaje de la deuda.
- Yo acepto que la información de pago por mí proporcionada es correcta. Yo sé que la precertificación o preautorización para servicios es mi responsabilidad.
- Si yo no quiero que Corewell Health facture a mi seguro, debo notificárselo al momento del servicio.
- Corewell Health puede obtener un informe crediticio para determinar si yo puedo acceder a ciertos programas de asistencia financiera o descuentos para no asegurados (pago por cuenta propia). Esto no impactará mi puntaje crediticio.
- Pacientes menores de edad con padres divorciados:
 - El sistema de historias clínicas de Corewell Health permite que una persona autorizada (padre, madre o tutor[a] legal) sea asignada como garante (persona responsable de pagar las facturas). Los padres son responsables de comunicarse entre sí en relación con el pago de cualquier monto no cubierto por el seguro.
- Pacientes ambulatorios con Medicare:
 - Yo sé que las reglas de Medicare me hacen responsable de los medicamentos autoadministrados que se me proporcionan como paciente ambulatorio. Los medicamentos autoadministrados típicamente son aquellos que yo uso sin ayuda profesional pero que pueden ser administrados por personal del prestador médico en un entorno ambulatorio tal como el departamento de emergencias (pacientes ambulatorios o en observación). Medicare exige que los hospitales facturen por estos medicamentos a los pacientes con Medicare o a terceros pagadores. Los beneficiarios de Medicare Parte D pueden facturar a Medicare Parte D para el posible reembolso de estos medicamentos, de acuerdo con la información en los materiales de inscripción en el plan de fármacos de Medicare.

ASIGNACIÓN

- Yo asigno a Corewell Health:
 - La totalidad de beneficios, reclamaciones y cualquier y todo otro derecho, incluyendo el derecho de facturar y hablar con toda tercera parte pertinente con el propósito de procurar el pago de mis cargos en Corewell Health.
 - El derecho de iniciar una acción legal o intervenir en cualquier acción legal o procedimiento que involucre mis cargos en Corewell Health.
 - El derecho de tomar cualquier otra medida orientada a la obtención del pago de mis cargos en Corewell Health.
- Esta asignación incluye, entre otras cosas, el derecho de apelar la negativa de pago de mis cargos en Corewell Health por parte de cualquier pagador, incluyendo cualquier plan de beneficios, póliza de seguro o cobertura de seguro patrocinados por mi empleador y proporcionados por ley o por contrato.

CONTINÚA EN LA PÁGINA 5 →

GENERAL – TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN)

Página 5 de 5

- También asigno a Corewell Health -y acepto renunciar a- cualquier y todo derecho de resolver, ceder o retener el pago de mis facturas adeudadas a Corewell Health, o tomar cualquier otra medida que pudiera, en cualquier forma, comprometer el pago o el reembolso de mis cargos en Corewell Health.
- También designo a Corewell Health como mi representante autorizado para procurar el pago de mis cargos en Corewell Health. Yo autorizo a Corewell Health a actuar en mi nombre a fin de procurar toda reclamación de beneficios, incluyendo uno en el marco de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act) de 1974 y a apelar una determinación adversa de beneficios. Yo estoy de acuerdo en ayudar a Corewell Health en el proceso de procurar todos los beneficios del seguro y estoy de acuerdo en pagar todo monto por concepto de coseguro, copagos y deducibles que mi plan de seguro indique.
- Yo autorizo e instruyo a Corewell Health a aplicar los fondos producto de toda recaudación a mis cargos en Corewell Health.

TRADUCCIONES

- Yo entiendo que puedo acceder a este documento en otros idiomas, de solicitarlo. En el sitio web <https://corewellhealth.org/generalconsent> hay copias de este documento y sus traducciones.

FIRMA DE(L)/LA PACIENTE

Yo he leído este formulario y lo entiendo. Todas mis preguntas han sido respondidas.

HORA _____ AM PM FECHA _____ Firma de(l)/la paciente _____

El/La paciente es menor de 18 años de edad o no puede consentir porque _____

HORA _____ AM PM FECHA _____

Firma de padre/madre o tutor(a) legal _____

Nombre en letra de imprenta _____

STAFF SIGNATURE(S):

Witness signature _____

Second witness needed for Verbal Consent:

Witness signature _____

INTERPRETING SERVICES:

I certify that I have interpreted, to the best of my ability, into and from the participant's stated primary language, _____, all oral presentations made by all of those present during the informed consent discussion.

TIME _____ AM PM DATE _____ Interpreter signature _____

Interpreter name (print) _____