



Consentimiento GENERAL, TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN

Página 1 de 4

Nombre de(l)/la paciente, en letra de imprenta _____

Número de historia clínica _____ Número de cuenta _____ Fecha _____

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Spectrum Health acata las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo. Spectrum Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Vea las páginas 3 y 4 para el aviso de no discriminación en su totalidad, como también la disponibilidad de ayuda en otros idiomas.

YO ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

- La totalidad de la atención y el tratamiento que el médico y demás profesionales de la salud han indicado. El médico puede recibir ayuda de otros profesionales de la salud.
- El médico puede modificar mi atención para beneficio de mi vida o de mi salud.
- Si yo estoy aquí para dar a luz, el médico y otros profesionales de la salud pueden atender a mi bebé.

YO ENTIENDO QUE:

- Haré preguntas.
- Nadie me ha hecho promesas acerca de los resultados de mi tratamiento o mi atención.
- Los estudiantes e integrantes del personal podrán verme y mirar mi historia clínica, con propósitos de educación o investigación.
- Los integrantes del personal se asegurarán de saber quién soy y me preguntarán qué procedimiento se me hará. Esto es para mi protección.
- Algunos médicos e integrantes del personal no son empleados de Spectrum Health. Sé que Spectrum Health no es responsable por la atención proporcionada por dichas personas ni por sus acciones. También sé que puedo recibir facturas por separado de estos profesionales, aun cuando me hayan proporcionado servicios en Spectrum Health. Yo me pondré en contacto con sus respectivos consultorios si tengo preguntas acerca de mi seguro.
- La ley de Michigan permite a los profesionales médicos analizar mi sangre para la detección del VIH (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 Spectrum Health está a disposición, de ser solicitada, en cualquiera de las áreas de Registro y en nuestro sitio de Internet: www.spectrumhealth.org.
- Spectrum Health no tolerará discriminación contra mi médico, otros profesionales médicos o personal sanitario por motivos de raza, color, género, origen nacional, edad, discapacidad, sexo u otros prohibidos por leyes federales, estatales o locales.

MI INFORMACIÓN MÉDICA

- SPECTRUM HEALTH PUEDE CEDER MI INFORMACIÓN MÉDICA A QUIENES SE INDICAN A CONTINUACIÓN:
 - Compañías de seguro, planes de salud y administradores, para el pago de los servicios que yo reciba.
 - Agencias gubernamentales, tales como Medicare y Medicaid, o según lo exija la ley.
 - Mis médicos y otras personas involucradas en mi atención ahora o en el futuro.
 - Mi empleador, si la historia clínica está relacionada con atención o servicios pagados por mi empleador o con otros propósitos permitidos por la ley.
 - Cualquier persona o entidad responsable por el pago de mi factura, en su totalidad o en parte.
- Yo estoy de acuerdo con que Spectrum Health me tome una fotografía y la guarde en mi historia clínica electrónica. Yo entiendo que Spectrum Health usará esta fotografía con propósitos de identificación, a fin de mejorar mi experiencia como paciente, durante mi paso por el sistema Spectrum Health.
- Yo entiendo que Spectrum Health conservará mi información médica en conformidad con las leyes estatales y federales, como así también las políticas pertinentes. 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 (mi problema de salud); tratamientos (lo que se está haciendo por mi recuperación) e información acerca de medicamentos o recetas en conexión con mi salud mental, enfermedades infecciosas tales como el VIH y otros problemas tales como consumo de drogas o alcohol.

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.



AL REVERSO →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE BARCODE ZONE DO NOT MARK BELOW THIS LINE

X04879 (4/17) - Page 1 of 4 - Spanish (English 250051)
 (Vietnamese X04878) (Bosnian X11959) (Arabic X18622)
 (Burmese X18623) (Korean X18624) (Swahili X18625)
 (Kinyarwanda X18626) (Somali X18627) (Nepali X18628)
 (Chinese X18629) Consent GENERAL, TREATMENT AND
 RELEASE OF INFORMATION



GENERAL, TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN) Página 2 de 4

- En algunos casos, Spectrum 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.

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

- Al recibir servicios, yo tengo derechos y responsabilidades. Spectrum Health me ha entregado su Notificación de Normas de Privacidad y yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información contenida en dicha notificación.

OBJETOS DE VALOR

- Spectrum Health recomienda a sus pacientes dejar los objetos de valor en casa o con familiares. Yo estoy de acuerdo con el hecho de que Spectrum Health no es responsable de proteger mi propiedad.

CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS

- Yo he proporcionado a Spectrum Health números telefónicos -de mi casa y/o mi celular- como también una dirección de correo electrónico. Yo consiento en recibir llamadas telefónicas autodiscadas y/o pregrabadas, mensajes de texto y/o correos electrónicos de parte de Spectrum Health y/o sus agentes / terceras partes, a cualquiera de estos números telefónicos, con propósitos de comunicación, incluyendo facturación. Yo entiendo que mi consentimiento en llamadas telefónicas no es una condición de tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR PAGO

- Spectrum Health está autorizado para actuar en mi nombre a fin de cobrar beneficios de toda tercera parte y para endosar cheques acreditables a mi persona o a Spectrum Health. Yo entiendo que Spectrum Health está autorizado para reclamar pago, tanto de mi persona como de toda tercera parte.

ASIGNACIÓN

- Yo asigno a Spectrum Health:
 - La totalidad de beneficios, reclamaciones y cualquier / todo otro derecho, incluyendo el derecho de facturar y contactar a toda tercera parte pertinente con el propósito de procurar pago.
 - El derecho de iniciar una acción legal o intervenir en cualquier acción legal o procedimiento que involucre mis facturas en Spectrum Health.
 - El derecho de tomar cualquier otra medida orientada a la obtención del pago de mis facturas en Spectrum Health.
- Esta asignación incluye, entre otras cosas, el derecho de apelar la negativa de pago de mis facturas en Spectrum Health por parte de cualquier pagador, incluyendo cualquier plan de beneficios, póliza de seguro o cobertura de seguro a cargo de mi empleador y proporcionado por ley o por contrato. Yo autorizo a Spectrum Health a actuar en mi nombre, a fin de presentar una reclamación de beneficios ERISA o apelar una determinación adversa de beneficios. Yo estoy de acuerdo en ayudar a Spectrum Health en el proceso de intentar conseguir todos los beneficios de seguro y estoy de acuerdo en pagar todo monto en concepto de coseguro, copago y deducible que mi plan de seguro indique.
- También asigno a Spectrum Health, y acepto renunciar a cualquier y todo derecho de resolver, ceder o retener, el pago de mis facturas adeudadas a Spectrum Health o tomar cualquier otra medida que pudiera, de alguna manera, comprometer el pago o el reembolso de mi deuda con Spectrum Health.

FACTURACIÓN

- Yo autorizo a cualquier compañía de seguro responsable por el pago de mi atención y tratamiento médicos a pagar a Spectrum Health por los servicios proporcionados. Yo entiendo que tengo la responsabilidad de pagar todo saldo no cubierto por mi seguro.
- Yo estoy de acuerdo con que, si los cargos en mi cuenta no están pagados en la fecha establecida y si el hospital se ve en la necesidad de contratar un abogado y/o una agencia de cobranza, tendré la responsabilidad de reembolsar al hospital todo gasto incurrido en concepto de honorarios asociados con el cobro de los montos adeudados, incluyendo, entre otros, intereses razonables, gastos legales -en caso de que se deba iniciar una acción legal- y honorarios razonables de abogados y/o de agencias de cobranza, incluyendo aquellos basados en un porcentaje de la deuda.

FIRMA DE(L)/LA PACIENTE

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

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

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

HORA _____ AM PM FECHA _____ AM PM

Firma de padre, madre / tutor(a) legal / intercesor(a) por el/ la paciente / familiar más cercano

Nombre en letra de imprenta _____

CONTINÚA EN LA PÁGINA 3 →



Nombre de(l)/la paciente, en letra de imprenta _____
Número de historia clínica _____ Número de cuenta _____ Fecha _____

STAFF SIGNATURE(S)

TIME _____ DATE _____ Witness _____

SECOND WITNESS NEEDED FOR VERBAL CONSENT

TIME _____ DATE _____ Witness _____

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN:

Spectrum Health acata las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

SPECTRUM HEALTH:

- Proporciona de forma gratuita medidas de ayuda a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
Intérpretes cualificados para comunicación en lenguaje por señas.
Información escrita, en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
Proporciona de forma gratuita servicios de traducción e interpretación a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
Intérpretes cualificados.
Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, póngase en contacto con el Departamento de Traducción e Interpretación de Spectrum Health, llamando a 616.267.9701 o 1.844.359.1607 (TTY:711).



Si usted considera que Spectrum Health no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo/la ha discriminado de alguna otra manera, por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo:

- Usted puede presentar una queja ante la:
Dirección de Experiencia del Paciente
100 Michigan Street NE, MC 006
Grand Rapids, MI 49503
616-391-2624 o sin cargo: 1-855-613-2262
patient.relations@spectrumhealth.org
Usted puede presentar su queja en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, la Dirección de Experiencia del Paciente está a su disposición.
También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente, a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o teléfono, a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TDD)
Los formularios para la presentación de quejas están disponibles en:
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

PÓNGASE EN CONTACTO CON NOSOTROS.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).



العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

中文 (Chinese): 國語/普通話 (Mandarin), 粵語 (Cantonese)

請注意: 如果您講中文, 你可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打 1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯: 711)。

AL REVERSO ->

GENERAL, TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN) Página 4 de 4

Tiếng Việt (*Vietnamese*)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ako govornice srpsko (*Serbian, Croatian or Bosnian*)

OBAVJEŠTENJE: Ako govornice srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY-Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

አማርኛ (*Amharic*)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (መስማት ለተሳናቸው፡ (TTY: 711).

नेपाली (*Nepali*)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिडिवाइ: (TTY: 711).

Thuɔŋjaŋ (*Nilotic – Dinka*)

PIŊ KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuony yenë koc waar thook atō kuka lëu yök abac ke cïn wënh cuatë piny. Yuɔpë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kiswahili (*Swahili*)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

فارسی (*Farsi*)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844-359-1607 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (*French*)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.844-359-1607 (TTY: 711).

(*Burmese*)

အသိပေးခြင်း

သင်ပြောသော ဘာသာစကားကို အခမဲ့ ဘာသာပြန် ရှိပါသည်။ ဖုန်းခေါ်ရန်

فارسی دری (*Dari*)

توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس است. تماس ب 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (*Haitian Creole*)

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ikinyarwanda (*Kinyarwanda*)

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

Soomaali (*Somali*)

DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

اللهجة السودانية (*Sudanese*)

انتباه: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، خدمات المساعدة بلغتك متاحة مجاناً. اتصل على الأرقام 1-844-359-1607 (رقم الصم والبكم: 711).

தமிழ் (*Tamil*)

கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவசமான மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கின்றன. இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY: 711).

ትግርኛ (*Tigrinya*)

ትግርኛ: ትግርኛ እንዲሁ ትላለሁት፣ ናይቋንቋ ደገ ፍላጎትዎት፣ ብና ከቐርበልክ እየሞ፣ ደወል 1.844-359-1607 (TTY: 711)።