



Spectrum Health

**Consentimiento general
TRATAMIENTO Y CESIÓN
DE INFORMACIÓN**
(Consent GENERAL, TREATMENT AND
RELEASE OF INFORMATION)

Página 1 de 3

Patient Name

DOB

CSN

Physician

MRN



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN:

Spectrum 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. Spectrum 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 ley.

YO ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

- Recibir exámenes y tratamiento por parte de prestadores, residentes, estudiantes y otros profesionales médicos en Spectrum Health. Esto incluye servicios en persona, 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.
- Según lo hablado y acordado, el prestador médico puede modificar mi atención y/o la atención de mi hijo/a 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, asistiré a dicha cita con otros pacientes. Durante estas citas, mi información personal puede ser compartida por mi prestador con otras personas.

YO ENTIENDO QUE:

- Haré preguntas.
- Nadie me ha hecho promesas ni me ha dado garantías acerca de los resultados de mi tratamiento o mi atención. Yo estoy consciente de que el ejercicio de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. No se me han dado garantías como resultado de mi tratamiento o examen en Spectrum 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 para mi protección.
- Algunos prestadores 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 una instalación de 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 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 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 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 Spectrum Health se ponga en contacto con el prestador que yo elija o, si no tengo una preferencia, se me asignará un prestador independiente, de entre la lista de "prestadores de turno" de Spectrum 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.



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 →

© Spectrum Health

X04879 (9/21) - Page 1 of 3 - Spanish (English X23481)
(Vietnamese X04878) (Burmese X18623) (Swahili X18625)
(Kinyarwanda X18626) (Lakeland 030-438)
(Lakeland Spanish 030-439)
(Laminated Reference: English X24974, Spanish X24975)

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN)

(Consent GENERAL, TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION)

Página 2 de 3

MI INFORMACIÓN MÉDICA:

- SPECTRUM HEALTH PUEDE CEDER MI INFORMACIÓN MÉDICA A:
 - Compañías de seguro, planes de salud y administradores, para el pago de los servicios que mi hijo o yo reciba(mos).
 - 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 Spectrum Health tome una fotografía de mí o de mi hijo 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.
- Yo entiendo que Spectrum 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 puede incluir detalles acerca de mi salud mental, enfermedades infecciosas (como VIH) y otros problemas tales como trastornos por consumo de drogas o alcohol.
- 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.
- Si se me transfiere a otra instalación, los prestadores de Spectrum 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 reciba(mos). 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 pide 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.

DERECHOS Y RECLAMOS DEL PACIENTE

- 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 los siete (7) días, de ser posible. Si tengo dudas acerca de mis derechos como paciente, puedo hacer preguntas. Los números a llamar son 269.983.8624 (Spectrum Health Lakeland) u 855.613.2262 (todos los demás centros de Spectrum Health).

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTOS

- Yo he dado 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. 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. Yo puedo recibir tratamiento aun cuando no dé mi consentimiento para contactos.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR PAGO Y FACTURACIÓN

- Spectrum Health está autorizado para reclamar pago, tanto de mi persona como de toda tercera parte. Yo autorizo a Spectrum Health 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 autorizo a cualquier compañía aseguradora 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.

CONTINÚA EN LA PÁGINA 3 →



Spectrum Health

TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN)

(Consent GENERAL, TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION)

Página 3 de 3

Patient Name _____

DOB _____

CSN _____

Physician _____

MRN _____



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR PAGO Y FACTURACIÓN (CONTINUACIÓN)

- Yo solicito que el pago que se me adeuda de beneficios de Medicare autorizados sea abonado (en mi nombre) a Spectrum Health por cualquier servicio que me hubiese sido proporcionado por Spectrum Health o en sus instalaciones.
- Yo acepto que si el saldo en mi cuenta no se paga a la fecha indicada, Spectrum Health puede contratar los servicios de un abogado y/o de una agencia de cobranza. Yo seré responsable de reembolsar a Spectrum 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.
- Si usted no quiere que nosotros facturemos a su seguro, debe notificárnoslo al momento del servicio.

ASIGNACIÓN

Yo asigno a Spectrum 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 Spectrum Health.
- El derecho de iniciar una acción legal o intervenir en cualquier acción legal o procedimiento que involucre mis cargos en Spectrum Health.
- El derecho de tomar cualquier otra medida orientada a la obtención del pago de mis cargos en Spectrum Health.
- Esta asignación incluye, entre otras cosas, el derecho de apelar la negativa de pago de mis cargos en Spectrum 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.
- 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, en cualquier forma, comprometer el pago o el reembolso de mis cargos en Spectrum Health.
- También designo a Spectrum Health como mi representante autorizado a fines de procurar el pago de mis cargos en Spectrum Health. Yo autorizo a Spectrum 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 Spectrum 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 Spectrum Health a aplicar los fondos producto de toda recaudación a mis cargos en Spectrum Health.



FIRMA(S) DE(L)/LA/LOS PACIENTE(S)

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)

TIME _____ AM PM DATE _____ Witness _____

SECOND WITNESS NEEDED FOR VERBAL CONSENT

TIME _____ AM PM DATE _____ Witness _____



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.