



MedStar Health

Formulario de consentimiento general de la entidad

(Coloque la etiqueta de identificación del paciente aquí)

Entidad de atención médica: Marque la casilla correspondiente

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MedStar Franklin Square Medical Center | <input type="checkbox"/> MedStar St. Mary's Hospital |
| <input type="checkbox"/> MedStar Georgetown University Hospital | <input type="checkbox"/> MedStar Union Memorial Hospital |
| <input type="checkbox"/> MedStar Good Samaritan Hospital | <input type="checkbox"/> MedStar Washington Hospital Center |
| <input type="checkbox"/> MedStar Harbor Hospital | <input type="checkbox"/> Cirugía Ambulatoria MedStar |
| <input type="checkbox"/> MedStar Montgomery Medical Center | <input type="checkbox"/> MedStar Health Home Care |
| <input type="checkbox"/> MedStar National Rehabilitation Hospital | <input type="checkbox"/> MedStar Health Physical Therapy: _____ (ubicación) |
| <input type="checkbox"/> MedStar Southern Maryland Hospital Center | <input type="checkbox"/> MedStar Medical Group: _____ (ubicación) |
| | <input type="checkbox"/> MedStar Health Urgent Care: _____ (ubicación) |

¿Para qué es este consentimiento? Comprendo que permito que mi equipo de atención, incluyendo a los proveedores clínicos de la entidad de atención médica de MedStar indicada anteriormente, me examinen, traten y me proporcionen atención médica. También permito que médicos residentes, estudiantes de medicina y/u otros profesionales de la salud en formación observen o participen en mi atención bajo la supervisión adecuada.

- Comprendo que siempre puedo rechazar cualquier tratamiento, prueba o procedimiento.
- Comprendo que siempre puedo hacer preguntas sobre mi tratamiento o afección.
- Comprendo que se pueden incluir fotografías/grabaciones clínicas con mi tratamiento.
- Comprendo y permito que se extraiga una muestra de sangre para detectar cualquier infección que pueda transmitirse a mi equipo de atención si el miembro del equipo de atención está expuesto a mi sangre u otro fluido corporal.
- Comprendo que, si necesito un procedimiento o deseo participar en un estudio de investigación, tendré que completar otro formulario de consentimiento que sea para el procedimiento o estudio.
- Comprendo que no todos los proveedores clínicos son empleados, servidores o agentes de la entidad de atención médica de MedStar indicada anteriormente. Más bien, algunos son contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de usar una instalación de MedStar.
- Comprendo que si es importante para mí saber si mi proveedor clínico es un empleado de la entidad de atención médica de MedStar indicada anteriormente, puedo preguntar sobre su estado.
- Comprendo que la entidad de atención médica de MedStar indicada anteriormente no es responsable de la atención y el tratamiento de estos proveedores clínicos contratados de forma independiente.

Acerca de mis responsabilidades financieras. Comprendo que soy financieramente responsable de mi factura en caso de que mi seguro no pague en su totalidad o si no tengo seguro. Se me cobrará adecuadamente incluso si me voy antes de que termine mi consulta.

- **"Asignaciones de Beneficios".** Comprendo y autorizo que cualquier pago de seguro (ya sea Medicare, Medicaid o cualquier otra compañía) se realice directamente a la entidad de atención médica de MedStar indicada anteriormente y se aplique a mi factura.
- **Cargos del proveedor.** Comprendo que también puedo recibir diferentes facturas de los proveedores involucrados en mi atención.
- **Mi capacidad de pago.** Comprendo que los planes de pago están disponibles según mis necesidades financieras.
- La asistencia financiera también está disponible para aquellos que califican para atención gratuita o precio reducido.
- Si mi factura va a cobranza, comprendo que también puedo ser responsable de esos cargos si se obtiene un fallo.
- Autorizo a la entidad de atención médica de MedStar indicada anteriormente a comunicarse conmigo por teléfono, celular, correo postal y/o correo electrónico.

Acerca de mi información personal. Comprendo que la entidad de atención médica de MedStar indicada anteriormente puede divulgar mi diagnóstico final y otra información médica con el fin de continuar con mi tratamiento, determinar cualquier pago o ayudar en las operaciones comerciales.

Este formulario debe firmarse cada ED y cada vez que un paciente sea hospitalizado y anualmente para las consultas de pacientes ambulatorios.

Acerca de mis objetos de valor. Comprendo que la entidad de atención médica de MedStar indicada anteriormente no es responsable de ninguna pérdida o daño a mi propiedad. Me han aconsejado que, si es posible, debo dejar todo el dinero y los objetos de valor en casa o con un amigo o familiar.

También he recibido los siguientes documentos y me los han explicado.

- Derechos y responsabilidades del paciente _____ Iniciales
- Aviso de prácticas de privacidad _____ Iniciales
- Aviso de Política de Asistencia Financiera _____ Iniciales
- Un mensaje importante de Medicare (solo pacientes de Medicare - pacientes hospitalizados) _____ Iniciales No corresponde
- Aviso de observación _____ Iniciales Por determinar

- Tengo mis instrucciones médicas anticipadas (testamento en vida) Sí* No
*Si no hay una copia en su registro, traiga una copia a su próxima visita.

- ¿Quiere información sobre Instrucciones Médicas Anticipadas o designación de un Agente de Atención Médica? Sí No

Comprendo y acepto el contenido de este formulario.

Firma del paciente o Representante del paciente	Fecha /Hora	Firma del testigo	Fecha /Hora
Nombre en letra de molde del representante del paciente (si corresponde)		Parentesco del representante personal con el paciente (si corresponde)	

**Si el paciente no puede firmar Y el agente de atención médica o el sustituto no están disponibles, intente obtener el consentimiento por teléfono.*

Recibo del Consentimiento General de la Entidad por Teléfono

Nombre del Paciente o Representante

Proporcionar consentimiento telefónico: _____
Nombre en letra de molde

Parentesco con el paciente: _____
Parentesco en letra de molde

Asociado que obtiene el consentimiento por teléfono: _____
Nombre en letra de molde

Fecha

*Sección de la Entidad Asociada de MedStar Healthcare:

Complete esta sección si representante del paciente o consentimiento telefónico obtenido para indicar el motivo por el cual el paciente no firmó el formulario.

Marque solo uno:

- Paciente de emergencia
- Preocupación del equipo clínico por la capacidad
- No hay información representativa disponible
- Admisión/transferencia directa
- Discapacidad física
- Otro (especifique) _____
- Incapacitado

Associate Initials: _____

Este formulario debe firmarse cada ED y cada vez que un paciente sea hospitalizado y anualmente para las consultas de pacientes ambulatorios.