



10198 (01/27/2022) Spanish

CARE NEW ENGLAND

- Butler Hospital, Kent Hospital, VNA of CNE, CNE Medical Group, The Providence Center, Women & Infants Hospital

FOR INPATIENTS: AFFIX PATIENT LABEL OR WRITE IN BOTH PATIENT NAME & MR NUMBER

FOR OUTPATIENTS: WRITE IN BOTH PT NAME & DOB

PATIENT NAME: _____

DOB OR MR #: _____

ACUERDO FINANCIERO Y CONSENTIMIENTO GENERAL DEL PACIENTE

El presente constituye un Acuerdo estándar financiero para pacientes de Care New England y un consentimiento general que se utiliza al registrar a los pacientes en alguno de los hospitales afiliados de Care New England...

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

Comprendo que se me proporcionará atención de acuerdo con las instrucciones del proveedor que me atienda. Comprendo que, cuando solicite atención para mi afección médica, presto mi consentimiento general para otros tratamientos médicos como exámenes de rayos X, análisis de laboratorio y procedimientos menores...

EDUCACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

Comprendo que el Centro de CNE es un centro de enseñanza en el que las personas en formación, los residentes, los pasantes, los estudiantes de Medicina, los estudiantes de Enfermería y otros estudiantes de atención médica pueden desempeñarse como observadores o participantes para mi atención bajo la supervisión directa o indirecta de profesionales autorizados.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Comprendo que el Centro de CNE puede divulgar toda la información médica necesaria con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permita la ley aplicable. Esto incluye divulgaciones o solicitudes por teléfono, fax, fotocopia o medios electrónicos que pueden incluir información relacionada con el VIH/SIDA, información sobre tratamientos para el trastorno por consumo de sustancias e información sobre diagnósticos o tratamientos de enfermedades mentales...

Asimismo, libero al Centro de CNE y a sus empleados de toda responsabilidad que surja de la divulgación de esta información a tales personas/agencias, siempre y cuando la divulgación de la información se lleve a cabo de manera sustancial de conformidad con la ley aplicable.

También comprendo y acepto que si, en relación con mi atención y tratamiento de un proveedor de CNE, (1) recibo atención para pacientes hospitalizados en el Hospital Butler; O (2) recibo tratamiento para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias (droga o alcohol) en The Providence Center; O (3) recibo tratamiento por consumo de sustancias (droga o alcohol) en uno de los siguientes programas: [Clínica Moms Matter del Hospital de Mujeres e Infantes, uno de los programas para tratamiento por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios del Hospital Butler: Desintoxicación ambulatoria, psiquiatría para adultos, investigación, hospitalización parcial, tratamiento intensivo ambulatorio para adultos, Hospital Kent: Unidad de Psiquiatría de Kent en Hospital Butler], también se me solicita que preste mi consentimiento para las siguientes declaraciones:

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL HOSPITAL BUTLER Y LOS PROGRAMAS DE LA PARTE 2 DEL TÍTULO 42 DEL CFR DE CNE DIVULGUEN MI INFORMACIÓN RELACIONADA CON ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS/ALCOHOL-

Por el presente presto mi consentimiento para divulgar (compartir) la información de mi registro médico relacionada con atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados y tratamiento por consumo de sustancias, incluyendo, entre otros, mi historia clínica, mi diagnóstico, mis medicamentos, mi tratamiento y otra información de identificación, a otros proveedores y profesionales tratantes que han sido identificados como que participan en mi tratamiento y atención, ya sea que atiendan o no en un centro afiliado de CNE. Comprendo que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento por escrito con aviso al Hospital Butler o a los Programas de la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) de CNE en los que obtuve atención psiquiátrica o tratamiento por consumo de drogas o alcohol, siempre y cuando no pueda retirar mi consentimiento para divulgaciones que ya se hayan llevado a cabo en función de mi consentimiento original. Comprendo que tengo el derecho de solicitar una lista de las entidades a las que un Programa de la Parte 2 del Título 42 del CFR de CNE divulgó la información sobre mi tratamiento por consumo de drogas o alcohol de conformidad con este consentimiento en los dos años anteriores a mi solicitud.

Reconozco que comprendo este formulario de consentimiento y que significa que se puede divulgar a los portales de pacientes de CNE y a mis proveedores y profesionales

tratantes determinada información sobre el tratamiento que está protegida en virtud de la ley de salud mental de Rhode Island y las regulaciones federales de confidencialidad en la Parte 2 del Título 42 del CFR.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES:

Si mi atención se relaciona con un accidente en el lugar de trabajo, comprendo que la compañía aseguradora de mi empleador, que proporciona la compensación de trabajadores, también tendrá acceso a toda la información que se incluye en mi registro médico.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:

En la medida en la que lo permita la ley, cedo de manera irrevocable al Centro de CNE y a otros proveedores que prestan servicios al paciente todos los beneficios de cualquier tipo que surjan de una reclamación o póliza de seguro que asegura al paciente o a una persona voluntaria responsable del paciente. Autorizo y solicito que el pago de los beneficios del seguro se lleve a cabo en mi nombre para los servicios que el Centro de CNE me prestó, incluyendo los servicios de proveedores.

BENEFICIOS FEDERALES DE MEDICARE:

Certifico que la información que proporcioné para solicitar el pago de conformidad con el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a todo poseedor de información médica o de otro tipo sobre mi persona a divulgar a la Administración de Seguridad Social o al programa Medicare o a sus intermediarios u otros agentes toda información necesaria para esto o una reclamación relacionada con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios a pagar por los servicios de proveedores al proveedor o a las organizaciones que prestan los servicios o autorizo a dicho proveedor u organización a presentar reclamaciones ante Medicare para que se me realice el pago. Reconozco y acepto que, en la medida en la que lo permita la ley, soy responsable del pago de los servicios proporcionados no cubiertos por Medicare.

ACUERDO FINANCIERO/GARANTÍA DE PAGO:

Reconozco que soy legalmente responsable de todos los cargos que se me incurran en relación con la atención médica y el tratamiento proporcionados por el Centro de CNE y los proveedores que me ofrecen servicios profesionales a través del Centro de CNE (en adelante, "Proveedores"). Consiento y acepto la atención médica que se le proporcionó o se le proporcionará al paciente cuyo nombre aparece arriba. Para los servicios prestados por el Centro y los Proveedores de CNE, garantizo el pago de la cuenta y acepto pagar dicha cuenta en el momento en el que se presten los servicios si el pago de esos servicios no está cubierto por mi compañía de seguros u otro tercero encargado de los pagos ("Pagador"). Comprendo que el Pagador puede necesitar autorización antes de que yo reciba el tratamiento y que es mi responsabilidad obtener esa autorización previa y conocer la cobertura de mi plan. Comprendo que recibir autorización previa no garantiza que mi Pagador cubrirá los gastos, ya que los beneficios permitidos dependen de mi plan de salud individual. Comprendo que los Proveedores pueden no facturarme por servicios que no sean de emergencia que se me proporcionaron en un Centro de CNE si los Proveedores están fuera de la red con mi Pagador, a menos que reciba previo aviso del Centro o de los Proveedores de CNE y les proporcione consentimiento. Reconozco que, si mi hijo/dependiente recibe atención del Centro o de los Proveedores de CNE, yo seré responsable de pagar los servicios proporcionados de conformidad con estos mismos términos y condiciones.

COMUNICACIONES: Al firmar este consentimiento, comprendo y acepto que el Centro de CNE puede usar mi número de teléfono, número de teléfono celular, dirección postal o dirección de correo electrónico que proporcioné con el objetivo de enviar mensajes. Entre los mensajes se incluyen, entre otros, recordatorios de citas, mensajes de notificación del portal para pacientes, encuestas, cuestionarios o problemas de facturación/pago. Al aceptar estas transmisiones electrónicas, reconozco que no se puede garantizar la privacidad y seguridad de las comunicaciones electrónicas y que las partes con las que elegí compartir direcciones electrónicas o números de teléfono pueden estar al tanto de dichas transmisiones y pueden tener los medios para acceder a mi información médica personal usando la información de estas transmisiones.

EFFECTOS PERSONALES: Comprendo que yo (el paciente) soy responsable de todos los objetos de valor que lleve conmigo al Centro de CNE. Por el presente, eximo al Centro de CNE de toda responsabilidad por la pérdida o el daño de todas las posesiones personales que decidí conservar conmigo durante mi atención y tratamiento.

FIRMA: He leído o me la han leído la información anterior. Comprendo la información y se me respondió satisfactoriamente a mis preguntas. Mi firma a continuación confirma que presté mi consentimiento de manera voluntaria para lo que se menciona arriba.

Firma del paciente (Fecha/hora)

Firma del representante autorizado (Fecha/hora)

Relación con el paciente

Firma del testigo (signature of witness) (Fecha/hora)