

DIVERSIFIED SERVICES CONSENT FOR ADMISSION SERVICIOS DIVERSIFICADOS CONSENTIMIENTO DE ADMISION

LOCALIDAD

- Vail Valley Medical Center
- Vail Valley Obstetrics Gynecology
- Vail Institute for Aesthetic and Reconstructive Surgery
- Avanti Cardiology

- Northstar Urology
- Mountain Surgical Associates
- EagleCare Medical Clinic
- Shaw Regional Cancer Center
- Other: _____

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICO, QUIRURGICO Y/O PSIQUIATRICO:

El abajo firmante consiente a los procedimientos, que pudieran ser efectuados durante este tratamiento o servicios, y que pueden incluir y no están limitados a procedimientos de laboratorio, examinación de rayos x, rehabilitación, tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos psiquiátricos, o anestesia o transfusión dada al paciente bajo instrucción general y especial del médico o psiquiatra del paciente

RELACION LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y MEDICOS, CIRUJANOS, PODIATRAS, RESIDENTES Y ESTUDIANTES:

Usted está bajo el cuidado y supervisión del médico, podiatra, o dentista que lo atiende y es la responsabilidad del hospital y el personal de enfermería seguir las instrucciones de dicho médico, podiatra o dentista. Ciertos aspectos de su cuidado podrán hacerlo estudiantes/residentes bajo supervisión del médico que atiende, no el hospital, y están desarrollando su educación médica de graduado. Si usted se rehúsa a que cualquier aspecto de su cuidado sea hecho por un estudiante/residente, debe efectuar dicha objeción e informar inmediatamente al médico que lo atiende. Ausencia de dicha objeción, se considerara que ha consentido a la participación en su cuidado de dicho estudiantes/residente(s).

Ciertos aspectos de su cuidado pueden ser efectuados por un o más médicos que son “empleados públicos”, tal como se define ese término en el Acta de Inmunidad del Gobierno de Colorado, C.R.S 24-10-101, et seq.. Como tal, su responsabilidad por reclamos que usted pudiera hacer relacionado con el cuidado que le proveen pudiera está limitado por los términos del Acta de Inmunidad del Gobierno, usted debe hacer conocer dicha objeción inmediatamente al médico que la atiende. Ausencia de dicha objeción, se considerara que ha consentido a la participación de dichos médicos en su cuidado.

Es responsabilidad del médico, podiatra o dentista del paciente, el obtener consentimiento informado, cuando se requiera, a tratamiento médico o quirúrgico, diagnostico especial o procedimientos terapéuticos, o servicios del hospital efectuados a usted bajo instrucción general y especial del médico, podiatra o dentista. Cualquier pregunta concerniente a la naturaleza de los resultados de cualquier examinación o tratamiento deberá ser dirigido al médico, podiatra o dentista que lo atienda.

DECLARACION DE POLITICA DE ACUERDO FINANCIERO:

El abajo firmante acuerda, sea que firma como agente o paciente, que en consideración de los servicios prestados al paciente, él/ella por este medio se obliga individualmente a pagar la cuenta a la facilidad de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de la facilidad. Si la cuenta se derivara a un abogado o agencia de colección de cuentas para su colección, el abajo firmante deberá pagar los honorarios del abogado y los gastos de colección. Se entiende que la responsabilidad financiera para todos los servicios prestados no cubiertos por el seguro médico será de mi entera responsabilidad financiera y serán pagados al momento del servicio o dentro de los treinta (30) días de recepción de Explicación de Beneficios.



DIVERSIFIED SERVICES CONSENT FOR ADMISSION SERVICIOS DIVERSIFICADOS CONSENTIMIENTO DE ADMISION

DECLARACION DE POLITICA DE BENEFICIOS DEL SEGURO:

Entiendo que el seguro de salud es un acuerdo entre mi compañía de seguro y yo para pagar un monto específico por cuidado médico. El abajo firmante, sea que firma como agente o paciente, autoriza pago directo a la facilidad de cualquier beneficio de seguro u otro aplicable (ej.: Medicare, Medicaid) de otra manera pagaderos a o en nombre del abajo firmante o paciente por estos servicios ambulatorios a una tarifa que no exceda los cargos regulares. Se acuerda que el pago al médico de acuerdo con la autorización, por una compañía de seguros descargara a cualquier compañía de seguros de cualquier y toda obligación bajo una póliza al punto de dicho pago. Cualquier pre certificación de beneficios de seguro es total responsabilidad del paciente. El abajo firmante autoriza pago de beneficios de Medicare/Medicaid a ser efectuados en nombre del paciente por todos los servicios prestados por VVMC Servicios Diversificados está autorizado a facturar en conexión con estos servicios. Se sobre entiende que el abajo firmante es responsable financiero por los cargos recogidos por este acuerdo, a menos que se indique lo contrario por contrato escrito o por ley.

DESGLOSE DE ARCHIVOS MEDICOS

Autorizo el desglose de información médica a mi médico de cabecera o medico referente, de ser necesario, para procesar reclamos de seguros, aplicaciones de seguro y prescripciones. También autorizo el pago de beneficios a VVMC Servicios Diversificados. El abajo firmante autoriza a la facilidad a obtener historial pasado de prescripción.

Por favor, liste los nombres de las personas, si es que hubiera, que estén autorizadas a recibir información sobre su condición médica y diagnóstico:

Por favor liste los nombres de las personas, si es que hubiera, a las que se les pudiera informar sobre su condición médica,

EN CASO DE EMERGENCIA:

POLITICA DE PRIVACIDAD:

Yo, el abajo firmante, he tenido completa oportunidad de leer y considerar el contenido de este Formulario de Consentimiento y he recibido copia de su Nota de Practicas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este Formulario de Consentimiento, estoy dando consentimiento para utilizar y desglosar mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de la salud.

Paciente/Padre/Tutor/Conservador/Agente _____ Fecha: _____

Si es otro que el paciente, indique relación: _____ Fecha: _____

