

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO - PSIQUIATRÍA (Pág. 1 de 5)
HIM# 741s

Yo entiendo que la University of North Carolina Health Care System (UNC Health Care) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades incluyendo (pero no necesariamente limitada a) UNC Hospitals; Rex Hospital, Inc.; High Point Regional Health; Regional Physicians, LLC; Premier Surgery Center, LLC; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; Chatham Hospital, Inc.; Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital; the University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; Johnston Health Services Corporation; Johnston Specialty Physician Services, Inc.; Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; NHCS Physicians, Inc.; UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health Care» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health Care»). **Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que se firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health Care en donde yo soy un paciente; sin embargo, este consentimiento no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones o actividades de cobros relacionados con las admisiones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.**

Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health Care y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del que yo me encuentro ahora y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health Care para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente de los afiliados de UNC Health Care. Yo estoy consciente de que los proveedores listados en el apéndice A de este consentimiento son contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care, conforme a la lista, y ellos proveen servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health Care de acuerdo con su juicio profesional. Los proveedores listados en el apéndice A no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como vacunaciones y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo pruebas de laboratorio. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados de mi proveedor de cuidados de la salud. Yo entiendo que mi equipo médico de los afiliados de UNC Health Care puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

Consentimiento para el uso y divulgación de información.

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health Care –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, servicios de salud que me presten, o pago por mis servicios de salud que pudiera ser necesaria: (1) para mi tratamiento (a cualquier proveedor de cuidados de la salud o instalación que necesite la información para mi cuidado continuo); (2) para cualquier propósito relacionado con el pago de servicios hecho por mí o un tercero (para determinar idoneidad, para procesar una reclamación al seguro, para revisión de utilización y calidad o con el propósito de facturación o cobro, según sea necesario para obtener el pago); (3) para las operaciones del negocio de cuidados de la salud del afiliado de UNC Health Care u otro proveedor de cuidados de la salud que haya tenido relación conmigo (incluyendo la evaluación de calidad, programas de capacitación, planificación y actividades para la recaudación de fondos); o (4) de otra manera descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad y como la ley lo permita.

Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad de UNC Health Care*.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías, videos o hacer dibujos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago o de las operaciones de cuidados de la salud (los cuales pueden incluir evaluación de calidad, educación y capacitación) siempre y cuando sea consistente con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.



Consentimiento para ser utilizado dentro de UNC Health Care

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health Care y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información delicada necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la salud mental o conductual (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de otra institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o abusadores de sustancias, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para el abuso de alcohol o drogas, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas y pruebas genéticas.

Yo además autorizo la divulgación de información financiera y actividad relacionada con los pagos por los servicios a:

Nombre del individuo: _____

Relación con el paciente: _____

Responsabilidad financiera

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico, se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual pudiera ser distinto del costo estimado que me dieron. También entiendo que es posible que una compañía de seguro médico no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge o padre de un menor de edad). Si yo no tengo cobertura de un seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health Care, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health Care.

Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare/Medicaid

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine razonables y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud bajo los programas de Medicare y Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health Care en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health Care a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health Care.

Número de seguro social

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health Care pueden usarlo para fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Número de teléfono celular

Los afiliados de UNC Health Care o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por teléfono a cualquier número anotado en mi expediente de los afiliados de UNC Health Care incluyendo teléfonos celulares con el propósito de proporcionarle servicios a mi cuenta y cobrar las cantidades adeudadas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y el uso de servicios de llamada automáticos.

Objetos personales

Yo entiendo que los afiliados de UNC Health Care no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo relevo a los afiliados de UNC Health Care de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.



Facturación del seguro por servicios psiquiátricos

Facturaremos su compañía aseguradora por los servicios que se le proporcionen a usted a menos que usted marque «no» abajo y esté de acuerdo en ser personalmente responsable por el pago de todas las reclamaciones en relación con su cuidado psiquiátrico. ¿Quiere que se presenten a la compañía de seguro médico las reclamaciones e información de salud relacionada?

_____ (iniciales) **NO**, yo no quiero que se presenten a mi compañía de seguros reclamaciones o información de la salud relacionada y estoy de acuerdo que yo soy personalmente responsable por el pago de las reclamaciones en relación con los servicios psiquiátricos proporcionados.

Mayor confidencialidad para los servicios psiquiátricos

Las leyes estatales y federales disponen una mayor confidencialidad para los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias. **UNC Health Care no divulgará ninguna información a personas que pregunten sobre mí y los servicios de salud mental y abuso de sustancias que yo recibo sin mi consentimiento (a menos que se disponga de acuerdo a la ley). (Ver las opciones específicas abajo).**

Lista de pacientes

Para conveniencia de los pacientes y visitantes, UNC Health Care mantiene una lista de los pacientes que están recibiendo servicios actualmente para que podamos proporcionar el lugar donde se encuentra el paciente en las instalaciones y el estado general del paciente a las personas que preguntan por un paciente por su nombre.

_____ (iniciales) **SÍ**, yo quiero divulgar mi información en la lista de pacientes de UNC Health Care.

Información religiosa

Puede que UNC Health Care proporcione una lista de pacientes al clero de la comunidad cuando la solicitan. Esta lista incluye el nombre y la ubicación del paciente, su estado en general y su afiliación religiosa.

_____ (iniciales) **SÍ**, yo quiero que me incluyan en la lista de UNC Health Care que se proporciona al clero.

Compartiendo información con los familiares o amistades

Como una cortesía, la información de salud limitada pudiera compartirse con familiares, amistades o representantes autorizados bajo las siguientes circunstancias: (1) la información está relacionada con la participación de ese individuo en el cuidado del paciente o pago por su cuidado, o (2) la información es necesaria para notificar a individuos responsables del cuidado del paciente sobre la ubicación del paciente, estado en general o la muerte.

_____ (iniciales) **SÍ**, yo quiero que la información personal de salud se comparta con los familiares, amistades o representantes.

SOLO PARA LOS PACIENTES EN RESIDENCIAS U HOSPITALIZADOS

¿A quién quiere que se le notifique en caso de una emergencia médica o transferencia a otras instalaciones?

NOMBRE: _____ **NÚMERO DE TELÉFONO:** _____

¿A quién quiere que se le notifique si se usan medidas restrictivas como aislamiento o restricción física?

NOMBRE: _____ **NÚMERO DE TELÉFONO:** _____

_____ (iniciales) **YO NO QUIERO** que se divulgue ninguna información en caso de una emergencia, transferencia o uso de medidas restrictivas.



YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH CARE O A ACCIONES EN PROCESO.

Yo autorizo a los afiliados de UNC HEALTH CARE A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, HE RECIBIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.

FECHA: _____ Hora: _____
FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado) _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

RELACIÓN, si no es el paciente: _____

GARANTE: Si yo firmo a continuación como garante (no como el paciente o cónyuge del paciente o padre de un menor de edad), yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no canceladas de los afiliados de UNC Health Care, **indistintamente de si de otra forma no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

FECHA: _____ Hora: _____
FIRMA DEL GARANTE DE PAGO _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 06/23/15



APÉNDICE A

Contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care

UNC Hospitals («UNCH»)

Yo estoy consciente de que los médicos, enfermeras especializadas y asociados médicos que proveen servicios a pacientes de UNCH pueden ser contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de UNC Hospitals de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de UNC Hospitals.

Rex Hospital, Inc. («Rex»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, neonatólogos, patólogos, psiquiatras, radiólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que les proporcionan servicios a los pacientes de Rex de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rex.

High Point Regional Health («High Point Regional»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, radiólogos, hospitalistas y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de High Point Regional Health de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de High Point Regional.

Caldwell Memorial Hospital, Incorporated («Caldwell»)

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Caldwell de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Caldwell.

Chatham Hospital, Inc. («Chatham»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, hospitalistas, patólogos, y radiólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Chatham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Chatham.

Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital («Pardee»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, radiólogos, el grupo de anestesiólogos, oncólogos de radiación y los patólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Pardee de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Pardee.

Johnston Health Services Corporation («Johnston»)

Yo estoy consciente de que la mayoría de los médicos que proporcionan cuidados en Johnston, y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios en Johnston de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Johnston.

Nash Hospitals, Inc. («Nash»)

Yo estoy consciente de que los médicos, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, radiólogos, médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Nash de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados o agentes de Nash, y que Nash no es responsable por sus acciones.

Premier Surgery Center, LLC («Premier»)

Yo estoy consciente de que los proveedores de Premier son contratistas independientes que les proporcionan servicios a los pacientes de Premier de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados ni agentes de Premier y que Premier no es responsable por sus acciones.

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 06/23/15

