

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DE  
MORRIS HOSPITAL and HEALTHCARE CENTERS  
Y REVELACION DEL CONTRATISTA INDEPENDIENTE

1. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

N.º de cuenta: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, creo que tengo una condición que requiere atención médica y por el presente doy de manera voluntaria mi consentimiento para recibir dicha atención en Morris Hospital & Healthcare Centers (“MHHC”). Doy mi consentimiento para el diagnóstico, la atención médica y el tratamiento que he aceptado recibir y que mis médicos y otros proveedores de atención médica (en conjunto, los “profesionales”) consideran necesario y recomiendan.

2. CONSENTIMIENTOS y RECONOCIMIENTOS GENERALES:

A. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía relacionada con el diagnóstico o los resultados de los exámenes o tratamientos en MHHC. Si estoy embarazada, comprendo que todas las disposiciones establecidas en este acuerdo se aplican a mis hijos recién nacidos para su atención y tratamiento médico.

**B. Revelación del contratista independiente: Entiendo lo siguiente respecto a los profesionales que participan en mi atención:**

- i. Profesionales empleados:– S. Ahmed, F. Aijaz, M. Ali, H. Amin, S. Analytis, P. Analytis, D. Anjum, R. Yahaira Aramburo, M. Bialas, I. Best, A. Blough, A. Bohland, S.Bojak, J. Bolden, C. Brozovich, E. Cacello, L. Carls, N. Chalisa, S. Cheng, A. Chen, S. Ciechna, R. Colby, C. Comfort, M. Connolly, S. Davis, R. Duke, A. Eldib, M. Fitzgibbon, L. Fochesatto, S. Franzetti, J. Frye, M. Ghanim, J. Greggain, I. Habib, K. Haque, H. Hedayati, S. Henline, M. Hill, D. Howd, L. Jakubonis, S.Johnson, J. Jones, C. Kao, M. Kryza, B. Lawton, C. Lopez, M. Menz, R. Meyer, I. Mezo, C. Miller, H. Miller, L. Moy, V. Ochoa, D. Olsen, M. Passerman, K. Pearson, O. Peplos, P. Perona, S. Pettry-Soto, A. Piper, S. Pruss, F. Rahman, D. Raval, K. Rezin, P. Roumeliotis, M. Saed, A. Saeed, B. Said, S. Schiazza, N. Seplak, L. Setrini-Best, A. Spoon, A. Staker, T. Stuedemann, K. Suste, J. Tanzi, J. Thomas, K. Tiwari, A. Todd, D. Toussaint, S. Treacy, K. Ulivi, D. Vermillion, L.Verchimak, R. Williams y D. Zuelke son empleados de MHHC.
- ii. Profesionales no empleados: todos los profesionales, excepto los que se incluyen en la lista de la sección B.i, incluyendo quienes monitorean de forma remota las cirugías o quienes prestan servicios “virtuales”, no son empleados ni agentes de MHHC. Estos son profesionales independientes que tienen permitido usar las instalaciones de MHHC y ejercer su criterio médico independiente respecto a la atención y al tratamiento de sus pacientes.
- iii. Reconozco que la condición de empleo de los profesionales que me atienden no es relevante en el momento de elegir a MHHC para recibir atención y tratamiento médico. MHHC no controla ni dirige la atención que los profesionales dan a sus pacientes. Además, entiendo que los profesionales practican su criterio médico independiente en mi atención y tratamiento.

**\*\*Reconozco que he leído y entiendo la Revelación del contratista independiente y que me respondieron mis preguntas de manera satisfactoria**

**Iniciales del paciente/representante legal** \_\_\_\_\_

- C. Entiendo que tengo derecho a expresar mis preocupaciones o quejas formales sobre cualquier problema en la calidad de la atención, de manera formal o informal, mediante el mecanismo de queja formal del paciente establecido por MHHC.
- D. Acepto que MHHC o quienes actúen en su nombre pueden usar todos los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que proporcione a MHHC para comunicarse conmigo por teléfono (incluyendo el celular), mensajes de texto o mensajes automáticos o pregrabados.
- E. Reconozco y acepto que no debería llevar dinero, joyas ni otros artículos de valor a ningún centro de MHHC; pero si lo hago, acepto que debería entregárselos al cajero del centro o enviarlos a casa con alguna persona responsable. Acepto que MHHC no es responsable por la pérdida o el daño de dinero, joyas, anteojos, prótesis dentales, documentos, abrigos de piel u otros artículos, bienes u objetos de mi propiedad de cualquier tipo que lleve al centro. Acepto informar al personal de enfermería de cualquier artículo de valor que tenga conmigo.

3. MI INFORMACIÓN MÉDICA

- A. Autorizo a MHHC a retener, preservar y usar con fines científicos o educativos, o a desechar, cualquier muestra o tejido extraídos de mi cuerpo durante mi hospitalización.
- B. Si se me transfiriera/remitiera (o se transfiriera/remitiera a mi hijo) a otro centro de atención médica, autorizo a MHHC a revelar información o copias de mi expediente médico, o partes de él, a dicho centro o profesional. También autorizo al centro y a los profesionales a los que se me transfiera/remita (o se transfiera/remita a mi hijo) a dar información a MHHC, a pedido, sobre mi atención, condición y tratamiento (o el de mi hijo).
- C. Autorizo el uso de mi expediente médico para fines de control de calidad o administración de riesgos. También autorizo a los profesionales que participan en mi atención a dar información a MHHC, a pedido, sobre mi atención, condición y tratamiento.
- D. Si un profesional u otra persona que participe en mi atención se viera expuesto a mi sangre o fluidos corporales, entiendo que MHHC podrá analizar mi sangre para detectar enfermedades infecciosas de cualquier naturaleza y descripción.
- E. Acepto que MHHC puede usar y revelar mi información médica para el pago del tratamiento y operaciones relacionadas, y en otros casos que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad de MHHC.

Si soy una paciente obstétrica, entiendo que MHHC podrá usar y revelar mi información médica para la atención y el tratamiento de mis hijos recién nacidos, y para el pago y las operaciones de MHHC relacionadas. Entiendo que mi información médica se incluirá en los expedientes de mis hijos recién nacidos.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DE  
MORRIS HOSPITAL and HEALTHCARE CENTERS  
Y REVELACION DEL CONTRATISTA INDEPENDIENTE

4. CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTOS ECONÓMICOS:

- A. Autorizo a MHHC a revelar o enviar la información médica que considere necesaria para el procesamiento y el pago de mis facturas por los servicios prestados por MHHC, y sus profesionales empleados o contratados para los que esté autorizado a facturar, a cualquier compañía de seguros o tercero pagador que sea o pueda ser responsable del pago de cualquier parte de mi tratamiento médico.
- B. Entiendo que esta información podría incluir el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad mental, de un trastorno por abuso de sustancias, del virus de inmunodeficiencia humana y análisis genéticos.
- C. Entiendo que, aunque firme el consentimiento como paciente, agente o garante, soy directamente responsable y pagaré los servicios que preste MHHC y por los que esté autorizado a emitir facturas y ningún seguro pague.
- D. Reconozco que puedo recibir una factura separada por los servicios que prestan cada uno de los profesionales independientes que atienden en MHHC. Seré el único responsable del pago de las facturas que reciba de estos profesionales independientes. Estos profesionales independientes podrían participar o no en contratos de atención administrada y es mi responsabilidad confirmar su participación en un plan de atención administrada o en un seguro en particular.
- E. Entiendo que esta autorización se hace para permitir que MHHC, los profesionales por los que esté autorizado a emitir facturas, los profesionales independientes que emiten facturas en su nombre y yo mismo obtengamos o intentemos obtener ganancias, beneficios o cantidades de dinero que compañías de seguros o terceros pagadores me deban a mí o a familiares, debido a mi tratamiento y hospitalización. En consideración a la colaboración de MHHC garantizando o intentando garantizar el pago de dicha cantidad en mi nombre, eximo a MHHC, sus agentes, oficiales, empleados y abogados de toda responsabilidad relacionada con la revelación de mis expedientes médicos y otra información.
- F. También autorizo a MHHC a revelar o enviar copias de mis expedientes, o partes de los mismos, a mis profesionales y a los profesionales del personal médico de MHHC, o de otros hospitales que fueran consultados sobre mi tratamiento, para facturar y cobrar el dinero adeudado por los servicios prestados. Esta revelación incluye los resultados de cualquier análisis de sangre que se haya hecho para determinar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (agente causante de sida).
- G. Si me correspondiera recibir beneficios resultantes de alguna póliza que me asegure, por el presente asigno dichos beneficios a MHHC para su aplicación en mis facturas.
- H. MHHC podría obtener un informe crediticio sobre mi persona de cualquier agencia de informes de crédito. Si mi cuenta debe remitirse para el cobro, yo (el paciente, agente o garante) pagaré todos los costos razonables relacionados con el cobro, incluyendo, entre otros, los honorarios de los abogados que se originen por cualquier demanda o reclamo que pueda presentarse o formularse en relación con ese cobro.
- I. Si no tengo seguro médico o si tengo dificultad para pagar mi factura de MHHC, MHHC ofrece opciones de ayuda económica, incluyendo atención gratuita, atención con descuento o planes de pago sin intereses. El Departamento de Cuentas de Pacientes (Patient Account Department) de MHHC ofrece información sobre el programa de ayuda económica de MHHC, los criterios de elegibilidad y sobre si mis profesionales u otros profesionales ofrecen ayuda económica.

5. OTROS RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS

- A. Mensaje importante de Medicare: mi firma reconoce que he recibido el Mensaje importante de Medicare de MHHC.
- B. Me han informado de mis derechos y responsabilidades como paciente. **Iniciales del paciente/representante legal** \_\_\_\_\_
- C. Firmando abajo, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de MHHC.
- D. Entiendo que los estudiantes autorizados de enfermería y de atención médica asociados a MHHC acompañen y, a veces, participen con los profesionales y el personal de MHHC en la prestación y observación de la atención.
- E. Entiendo que puedo cancelar o revocar en cualquier momento cualquier autorización o consentimiento que haya dado mediante un aviso por escrito al Director de privacidad de MHHC. Puedo comunicarme con el Director de privacidad por escrito a Morris Hospital, 150 W. High St. Morris, IL 60450, Attn. Privacy Officer, o por fax al 815-942-3203.
- F. Certifico que he leído el formulario de consentimiento y acuerdo, y que soy el paciente, o tengo la autorización correspondiente para dar este reconocimiento en nombre del paciente. Acepto los términos de este acuerdo.
- G. Este formulario de consentimiento y acuerdo vencerá cuando finalice el tratamiento en MHHC o a un (1) año a partir de la fecha del presente, lo que suceda primero. Tenga en cuenta que: los consentimientos de Healthcare Centers son válidos a menos que los revoque.

**Firma del paciente, representante legal:**

**FECHA: HORA:**

X \_\_\_\_\_

Relación de la persona de arriba con el paciente

Firma del testigo

N.º de cuenta

Intérprete (si corresponde) \_\_\_\_\_