

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Gracias por buscar atención de Northwestern Medicine, el sistema de salud académico integrado de Northwestern Memorial HealthCare, que incluye hospitales y proveedores ("NM"). Este Acuerdo de Consentimiento para recibir atención médica autoriza a NM a proporcionarle atención médica, compartir su información médica y recibir pago por el servicio prestado. Para ver una lista de todos los centros y proveedores de NM, visite nm.org, llame a nuestro número principal (312.926.2000) y pida una Derivación Médica o escriba por correo electrónico a PhysicianReferral@nm.org. A menos que se trate de una emergencia, debe firmar este formulario antes de recibir tratamiento.

1. CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS GENERALES

- A. Doy mi consentimiento para el diagnóstico, la atención médica y el tratamiento que he acordado recibir y que mis proveedores consideren necesarios o recomienden, incluyendo tratamientos y servicios por medio del uso de tecnología a distancia [telehealth], tales como comunicaciones telefónicas y comunicaciones interactivas audiovisuales y otros cuidados virtuales (por ejemplo: comunicaciones por MyChart). Comprendo que para los servicios que reciba usando la tecnología a distancia [telehealth] yo podría estar en un sitio diferente al del proveedor. Si estoy embarazada, comprendo que todas las disposiciones de este acuerdo se aplican a mi hijo o hijos recién nacidos para su atención médica y tratamiento.

Si yo estoy embarazada comprendo que todas las estipulaciones en este acuerdo aplican a mi hijo/hijos recién nacidos para sus cuidados y tratamientos médicos.

- B. Comprendo que la misión de NM incluye capacitar a proveedores de atención médica. Debido a esto, los médicos (como "residentes" e "internos"), enfermeros/as y otros profesionales de atención médica "en capacitación" pueden participar en mi atención y en mi tratamiento.
- C. Comprendo que el término "proveedores" incluye, entre otros, mis médicos tratantes y de consulta, los médicos del Departamento de Emergencias, radiólogos, anestesistas, otros especialistas y proveedores de atención médica asociados a quienes emplean estos médicos. Algunos de los médicos y sus proveedores de atención médica asociados son médicos independientes que no son empleados ni agentes de NM, pero que tienen permitido usar las instalaciones de hospitales de NM para la atención y el tratamiento de sus pacientes. Los hospitales de NM no controlan ni dirigen la atención que les da un médico a sus pacientes.
- D. Acepto que todos los números de teléfono y direcciones de correo electrónico que proporcione a NM pueden ser usados por esta institución o por quienes actúan en su nombre para comunicarse conmigo por teléfono (incluso teléfono celular), mensaje de texto o cualquier otro mensaje automático o pregrabado. Si no deseo recibir mensajes de texto o llamadas telefónicas, puede escribir por correo electrónico a nmapptsvcs@nm.org y pedir que me retiren de la lista.
- E. Comprendo que NM no será responsable de la pérdida, destrucción o robo de los bienes personales que lleve conmigo a NM. Asumo plena responsabilidad, y eximo de responsabilidad a NM, de mis bienes personales.
- F. Comprendo que no puedo tomar fotografías ni grabar videos ni audios de mi atención, otros pacientes, empleados de NM, proveedores y estudiantes en las instalaciones de NM.

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

- G. Comprendo que la misión de NM incluye la investigación para fomentar el conocimiento y los adelantos médicos. La investigación en NM sigue un proceso especial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente y la privacidad de los que participan. Puedo hablar con mis proveedores que participan en mi atención respecto a oportunidades de investigación en NM. Si prefiero que alguien que no sea parte de mi atención no se comunice conmigo para informarme sobre oportunidades de participar en investigación, puedo pedir que NM me retire del registro de contactos al comunicarme con la Oficina de Investigación de NM al 630.933.6528. Consulte en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM una explicación de la manera en que NM cumple las leyes de privacidad aplicables en actividades de investigación.
- H. Comprendo que la misión de NM incluye la investigación. Acepto que NM puede usar o compartir mis tejidos o líquidos corporales sobrantes con fines educativos y de investigación según la ley.

2. MI INFORMACIÓN MÉDICA

- A. Mi información médica incluye información de diagnóstico, exámenes de laboratorio, medicamentos, alergias, historial y evaluación, planes de tratamiento, avance o presencia en el tratamiento, notas clínicas, resúmenes de altas hospitalarias y otros registros pertenecientes a mi tratamiento. Acepto que NM puede crear grabaciones e imágenes que contengan mi información médica para fines de tratamiento, educación y operaciones de NM, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM.
- B. Si soy una paciente obstétrica, comprendo que NM puede usar y divulgar mi información médica para la atención y el tratamiento de mi hijo o hijos recién nacidos, para los pagos relacionados y las operaciones de NM. Comprendo que mi información médica se incluirá en los expedientes médicos de mis hijos recién nacidos.
- C. La Ley sobre la Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 es una ley que protege la privacidad y la seguridad de mi información médica en cualquier parte de los Estados Unidos. Existen otras leyes federales, además de las leyes del estado de Illinois, que protegen la información médica "delicada", que incluye la información relacionada con el VIH/SIDA; la salud conductual o mental; discapacidades del desarrollo; tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (alcohol y/o drogas); pruebas y asesoría genéticas; inseminación artificial; agresión/abuso sexual; abuso doméstico de un adulto con una discapacidad, abuso y negligencia infantil; y si soy menor de edad, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y uso de anticonceptivos.
- D. Si la ley exige mi consentimiento, acepto que NM pueda usar y divulgar mi información médica delicada a proveedores de NM y a volver a divulgar fuera de NM mi información médica delicada para fines de tratamiento, pagos y operaciones de NM, lo que incluye la coordinación de la atención, de la misma forma que la HIPAA le permite a NM usar o divulgar mi otra información médica para esos fines y según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM. Comprendo que los fines de pago incluyen divulgar mi información médica a cualquier plan de salud, Medicare, Medicaid u otro programa gubernamental u otro pagador que le identifique a NM.

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

- E. Si la ley exige mi consentimiento, también acepto que NM pueda además volver a divulgar mi información médica delicada 1) a investigadores para fines de investigación y según lo describe el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM; 2) a reguladores para los informes exigidos de enfermedades u otros informes de acuerdo con la legislación estatal; y 3) a proveedores que no pertenezcan a NM para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los proveedores “que no pertenecen a NM” pueden incluir, entre otros, al Ann & Robert H. Lurie Children’s Hospital of Chicago y sus filiales. Dichos proveedores que no pertenecen a NM también pueden incluir a proveedores que participan con NM en programas que permiten el intercambio de información médica entre proveedores para fines de tratamiento o coordinación de la atención, lo que incluye, entre otros, eHealth Exchange y, cuando mi proveedor de NM recurra a Epic y su expediente médico electrónico, el programa Epic Care Everywhere® según se describe más adelante en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM, Epic Connect, EpicCare® Link y Epic Carequality. Puedo elegir no participar en el programa Epic Care Everywhere® si se lo indico al encargado del registro en el consultorio de mi proveedor o si me comunico con NMCareEverywhereAssistance@nm.org.
- F. Acepto que los consentimientos y permisos establecidos en esta Sección 2 se aplican a toda mi información médica delicada en posesión de NM, incluida la información relacionada con la atención recibida antes o después de la fecha de este formulario. También entiendo que puedo revocar mis consentimientos establecidos en esta Sección 2 al proporcionar un aviso por escrito a NM a las direcciones proporcionadas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM. Comprendo que, si revoco mis consentimientos, NM no utilizará ni divulgará mi información delicada (a menos que lo permita la ley) para selección con fines de investigación y me retirará del programa Epic Care Everywhere® y otros programas de información médica cuando sea posible. Sin embargo, también entiendo que, si revoco mis consentimientos, ello no se aplicará a los usos y divulgaciones de mi información médica que haya realizado NM antes de mi revocación ni, salvo lo establecido más arriba, a la información médica que sea parte de mi expediente antes de mi revocación. Comprendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar mi información médica delicada que se utilizará o divulgará.

3. CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS FINANCIEROS

- A. Acepto que soy financieramente responsable y acepto pagar los servicios, suministros y uso de las instalaciones de NM para que me proporcione atención médica y comprendo que NM me cobrará la tarifa aplicable en cada lugar en el que reciba atención médica. Si decido que mi seguro médico le reembolse a NM mi atención médica, doy permiso para que NM le facture a dicha aseguradora y actualice esa información según la necesidad. Comprendo que la cobertura de seguro varía y que es posible que mi aseguradora no pague todo o pueda pagar solo una parte de mi factura. Si mi aseguradora tiene un acuerdo con NM, entonces, salvo los copagos, coaseguros o deducibles aplicables, no seré responsable de los cargos por encima de la tarifa que hayan acordado mi aseguradora y NM. También comprendo que es posible que mi aseguradora deniegue el pago de servicios que esta decida que no son “médicamente necesarios” o que son “experimentales”. Aunque NM tomará las medidas razonables para apelar estas denegaciones, comprendo que soy responsable del pago de los servicios denegados por mi aseguradora.
- Si decido que NM le facture a mi seguro médico el pago de mi tratamiento, cedo a NM todos mis derechos para que reciba el pago de mi aseguradora médica o plan de salud. Si mis beneficios de salud se proporcionan a través de un plan de ERISA, por el presente documento cedo, transfiero y establezco todos mis derechos, títulos e interés como beneficiario del plan de ERISA a NM, con respecto a mi tratamiento y atención. También nombro a NM como mi representante autorizado para que reciba información de la cobertura del plan y apele cualquier derecho de pago y beneficios de atención médica. Acepto colaborar y proporcionar la información necesaria para que NM compruebe mi elegibilidad para mis beneficios del seguro.

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Si reclamo beneficios en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Medicare), por el presente documento certifico que la información que proporciono al solicitar el pago de dichos beneficios es correcta, y autorizo a NM a divulgar a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios o aseguradoras, toda la información necesaria para este o cualquier reclamo relacionado con Medicare. Aunque puedo ceder mi derecho a recibir pagos de mi aseguradora, comprendo y acepto que NM puede exigir el pago directamente a mí.

- B. Según lo exigido por la Ley de Facturación Justa al Paciente, comprendo que:
1. Puedo recibir facturas separadas de proveedores de NM por los servicios prestados a mí.
 2. Es posible que no todos los proveedores participen en los mismos planes y redes de seguro. Los servicios prestados por proveedores no participantes en un plan o red de seguro se definen como servicios "fuera de la red". Comprendo que es posible que tenga una mayor responsabilidad financiera por servicios fuera de la red. Comprendo que es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía aseguradora para determinar si NM es un proveedor participante de mi plan o red de seguro.
 3. Cualquier pregunta que tenga sobre mi cobertura de seguro de salud o niveles de beneficios debe dirigirse a mi plan de salud, empleador o al certificado de cobertura de mi seguro. NM no puede garantizar que mi plan cubrirá todos los servicios.
- C. Si no tengo seguro médico o tengo dificultad para pagar mi factura de NM, NM brinda opciones de ayuda financiera, incluso atención gratuita, atención con descuento o planes de pago sin intereses. La información sobre el programa de ayuda financiera de NM, los criterios de calificación o si mi proveedor ofrece o no asistencia financiera están disponibles en la Asesoría Financiera de NM o a través de mi proveedor.

Comprendo que este consentimiento vencerá un (1) año a partir de la fecha en que se firme este documento. Reconozco que este consentimiento se aplicará a todos los encuentros con pacientes dentro de NM antes de su vencimiento.

He leído, comprendo y acepto este Acuerdo de Consentimiento para recibir Atención Médica. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y no tengo más preguntas en este momento. Comprendo que puedo acceder a información adicional. Comprendo que NM no puede cumplir los cambios que pueda hacer en este documento.

_____ Hora	_____ Fecha	_____ Nombre/Firma del Paciente para pacientes mayores de 12 años
_____ Hora	_____ Fecha	_____ Firma de <i>(encierre una opción en un círculo)</i> : Padre Tutor Representante legal
_____ Hora	_____ Fecha	_____ Testigo/Firma