

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD DEL PACIENTE: _____

1. Yo soy el paciente de Virtua antes mencionado
2. Yo soy el padre/la madre o tutor legal del paciente
3. Yo soy el representante legal del paciente
(por ejemplo, en una Directiva anticipada o un Poder notarial para la atención médica)
4. No pertenezco a ninguna de las categorías anteriores, pero tengo la siguiente relación con el paciente:

5. El paciente mencionado anteriormente se encuentra en:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Virtua Mount Holly Hospital - 175 Madison Avenue, Mount Holly<input type="radio"/> Virtua Voorhees Hospital - 100 Bowman Drive, Voorhees NJ 08043<input type="radio"/> Virtua Marlton Hospital - 90 Brick Road, Marlton NJ 08053<input type="radio"/> Virtua Camden Hospital - 1000 Atlantic Avenue, Camden NJ 08104<input type="radio"/> Virtua Berlin Hospital - 100 Townsend Avenue, Berlin NJ 08009 |
|---|

NOTA: Si usted selecciono #4 arriba, notificación administrativa puede ser requerida.

LEA ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD ANTES DE FIRMARLO ANTE UN TESTIGO
("Yo" se refiere al paciente antes mencionado o la persona que firma el consentimiento en nombre del paciente)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo autorizo al personal médico, los empleados y los proveedores de la salud contratados por Virtua a darme el tratamiento médico necesario, incluso las pruebas de laboratorio de rutina, los procedimientos de diagnóstico y la atención médica. En caso que un médico, sus asistentes o personas nombradas por el mismo, determinen que para el tratamiento de mi afección es necesario hospitalizarme, este consentimiento servirá como autorización para que me ingresen en Virtua. Si se me ingresa por motivos de maternidad, el consentimiento también será aplicable al ingreso y la hospitalización de los bebés recién nacidos a los que yo dé a luz durante esta hospitalización. Los médicos, enfermeros, trabajadores de la salud mental y demás personal de la salud que están en entrenamiento podrán observar y participar en mi atención bajo la supervisión del personal de Virtua y/o mi médico y Virtua utiliza la telemedicina y la tecnología de cámaras para el tratamiento / cuidado y la seguridad del paciente y está de acuerdo con el uso de dicha tecnología. Por este medio yo doy mi consentimiento a dichas observaciones y/o participación. Yo estoy de acuerdo que tengo la obligación de abandonar Virtua una vez concluidos los servicios médicos..

ARTÍCULOS PERSONALES

Yo entiendo que Virtua no puede ofrecer vigilancia continua a mis prendas personales (dinero, joyas, anteojos, radios, teléfonos celulares, IPAD, etc.). Ni Virtua, ni sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o agentes se responsabilizan por la pérdida o el daño de mis prendas personales, a no ser que yo se las haya entregado a Virtua para que me las guardara. Yo entiendo que debo enviar mis objetos de valor para la casa ya sea con mi familia o alguna persona que yo conozca bien y considere de confianza. **SE RECOMIENDA QUE LOS PACIENTES NO TENGAN MÁS DE \$15.00 DOLARES CON ELLOS.**

CESIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE PAGO

Yo le cedo a Virtua, y/o al profesional de la salud de Virtua, todos mis derechos, privilegios e intereses a beneficios de seguro médico o automovilístico y demás derechos y beneficios que de lo contrario se me pagarían a mí por los servicios prestados en Virtua y/o por un profesional de la salud perteneciente a Virtua. Yo entiendo que Virtua no está obligado a aceptar esta cesión como pago en su totalidad. Si por alguna razón mi empresa o agencia aseguradora se niega a pagar por los cargos de la factura, yo estoy de acuerdo que será mi responsabilidad pagar los honorarios, cargos y costos asociados con este servicio o estancia en Virtua en la medida en que las leyes lo permitan. Si mi aseguradora se niega a pagarle a Virtua o algún médico que me haya prestado servicios, yo le doy mi consentimiento a Virtua y/o a los médicos que me hayan prestado servicios para apelar la negociación del pago.

MEDICARE/TRICARE (Si es aplicable)

___ Se le dio el Aviso del Mensaje Importante de Medicare.

___ Se le dio el Mensaje Importante de Tricare

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo estoy de acuerdo que, en consideración por los servicios prestados, existe y continuará existiendo una obligación continua de pagarle a Virtua, y/o a todo profesional de la salud que pertenezca a Virtua, por todos los servicios médicos prestados. Yo entiendo que en la factura de Virtua puede que no se incluyan los servicios de algunos médicos y que los médicos que pertenecen a Virtua podrían facturarme por separado por los servicios que ellos me hayan prestado. Yo estoy de acuerdo en que será mi responsabilidad pagar por todos y cada uno de los cargos incurridos y que estén por pagar luego de que mi aseguradora pague la cuenta de Virtua, excepto si soy elegible para Medicaid o algún otro programa federal o estatal o si de lo contrario está prohibido por ley.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad pagar todo deducible, co-pago y/o coaseguro que me corresponda. Yo también entiendo que en todo caso es mi responsabilidad obtener pre-certificaciones, remisiones, una segunda opinión, exclusiones de afecciones pre-existentes y/o cualquier otro requisito o condición para mi cobertura médica. Leí la información relacionada con la disponibilidad de programas de asistencia benéfica. Yo también entiendo que Virtua no me negará tratamiento y/o el ingreso basado en mi capacidad para pagar.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo por este medio acuso recibo del Aviso Conjunto de las Normas de Privacidad de Virtua y el Folleto sobre el Intercambio de Infomacio Medica. Inicial: _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo que Virtua divulgará mi información de salud personal tal y como se indica en el Aviso Conjunto de las Normas de Privacidad del cual se me dio una copia. Inicial: _____

He de reconocer que se ofreció la oportunidad de tener una copia de mis derechos del paciente. Inicial: _____

Reconozco Virtua discutirá mi dar de alta, planeando con mi pareja de cuidado. Su enfermera hablará con usted sobre quien usted quiere designar como su pareja de cuidado en el momento del ingreso..

Yo reconozco que Virtua podría revelar o divulgar toda historia clínica y demás información que aparezca en los archivos de Virtua relacionada con mis datos de identificación, mi diagnóstico, pronóstico y tratamiento a cualquier empresa aseguradora, agencia del gobierno, organización de administración de la salud o cualquier otra entidad o persona que tenga la obligación de pagar parte o el total de los costos de mi tratamiento, hospitalización y/o atención ambulatoria. Yo entiendo que el tipo de información específica que se podría divulgar podría comprender, a título enunciativo pero no limitativo; los diagnósticos, resúmenes del alta, los antecedentes médicos y el examen físico, las notas de evolución, las órdenes de los médicos, las pruebas de laboratorio, los informes de cirugía y/o radiología, las notas de los enfermeros, las consultas y los archivos de la sala de emergencia. El objetivo de esta divulgación es permitirle a Virtua obtener de dichas empresas aseguradoras, agencias del gobierno, organizaciones de administración de la salud y demás entidades que estén obligadas a pagar en mi nombre el pago de mi factura de Virtua.

Estoy de acuerdo, a fin de Virtua y sus afiliados a nuestra cuenta para coleccionar cantidades que debes de servicio, podemos contactarle en cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico, que podrían dar lugar a cargos a usted. Podemos también enviar mensajes de texto o correos electrónicos, utilizar cualquier dirección de correo electrónico que usted ha proporcionado. Métodos de contacto pueden incluir usando mensajes de voz pre-gravados/artificial y el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

REVELACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA PARA TRATAMIENTO EN LA SALA DE EMERGENCIA

La historia clínica creada durante su visita en la Sala de emergencia se le envía automáticamente a su médico de familia que usted identifique a no ser que usted indique "NO"

____ Yo NO autorizo la revelación de mi historia clínica a mi Médico de Familia/de Cabecera, cuyo nombre he dado.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor, háganoslo saber.

Yo reconozco y acuerdo regirme por todos los términos antes mencionados:

FECHA HORA FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA QUE FIRMA EN NOMBRE DEL PACIENTE

Si no es el paciente, ponga el nombre completo en letra de molde: _____

Testigo: _____ Testigo*: _____

NOMBRE DEL PACIENTE

<p>Virtua Health</p>	<p>CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA, TAREA DE BENEFICIOS Y EL RECONOCIMIENTO DE NOTA CONJUNTADE PRACTICAS DE INTIMIDAD</p>	<p>HAR: MRN: DOB: Gender:</p>
-----------------------------	--	---