

CONSENTIMIENTO GENERAL

Gracias por elegir Virtua Health. Este consentimiento general se aplica a la atención que recibe en los hospitales, departamentos secundarios de emergencias, departamentos externos del hospital o consultorios médicos afiliados (denominados en conjunto aquí "Virtua Health").

Al presentarme ante Virtua Health para recibir atención, reconozco, entiendo y acepto los siguientes términos:

Consentimiento para recibir tratamiento

- He acudido a Virtua Health para recibir atención de emergencia, hospitalaria o ambulatoria, y doy mi consentimiento voluntario para recibir atención, incluidas pruebas de rutina, administración de medicamentos y tratamiento. No me dieron ninguna garantía relacionada con el resultado de la atención provista.
- Si mi ingreso se debe a un parto, este consentimiento general también se aplicará a mi hijo recién nacido.
- En caso de que uno de mis proveedores de atención médica quede expuesto (como mediante un pinchazo con una aguja) a mi sangre o líquidos corporales durante mi visita, doy mi consentimiento para que me extraigan sangre con el fin de realizar pruebas de enfermedades de transmisión sanguínea, como el VIH/SIDA y la hepatitis.
- Virtua Health mantiene relaciones con la Rowan University y otras instituciones docentes. Los estudiantes y otras personas de programas de capacitación pueden participar en mi atención.
- Virtua Health puede tomar o grabar fotografías o videos míos, de mi familia o de mis visitantes para que Virtua Health los use por muchas razones, como seguridad, identificación, tratamiento, educación y mejora de la calidad.
- Debo retirarme del centro de atención correspondiente de Virtua Health cuando se completen los servicios médicos, según lo determine la opinión profesional de Virtua Health.
- Es contrario a las políticas de Virtua Health que realice grabaciones de audio o video mientras me encuentre en un centro de Virtua Health, a menos que obtenga el consentimiento previo de Virtua Health.

Consentimiento para recibir tratamiento mediante telesalud/telemedicina

- Cuando corresponda, mi atención puede brindarse mediante tecnologías de telesalud o telemedicina (audio o video), que pueden incluir la posibilidad de que mi proveedor de Virtua Health tome y guarde una fotografía mía o de mi afección. En una consulta de telesalud/telemedicina, no se puede realizar un examen médico, por lo que el examen y el tratamiento están limitados a lo que el proveedor pueda ver mediante una conexión de video o la información que yo le comparta. Los beneficios, riesgos y alternativas del servicio de telesalud o telemedicina se analizarán conmigo. Si quiero que los registros de mi consulta de telesalud se envíen a mi proveedor de atención primaria u a otro proveedor de atención médica, debo informar a mi proveedor de Virtua Health, y se me proporcionará el consentimiento correspondiente para la transferencia de los registros. Si se requieren más pruebas, este consentimiento general también se aplicará a la recopilación de muestras y a las pruebas en un centro de atención de urgencia o en otro lugar después de la consulta de telesalud. Si hubiese una falla técnica o del equipo durante una consulta de telesalud/telemedicina, debo llamar a la Línea de apoyo al paciente al 856-246-4113. Si mi consulta de telesalud/telemedicina se realiza fuera del horario de atención de la Línea de apoyo al paciente, mi proveedor de Virtua Health determinará si debe pasar la consulta a otro tipo de encuentro (por ejemplo, por teléfono o en persona). Si tengo una reacción adversa al tratamiento que me recetan mediante la consulta de telesalud/telemedicina, debo llamar a mi proveedor de Virtua Health o, en caso de emergencia, al 9-1-1.

Artículos personales

- No debo llevar dinero ni artículos personales a un hospital de Virtua Health. Si lo hago, debo pedirle a familiares o amigos que lo lleven a mi hogar. A menos que haya entregado mis artículos personales a un miembro autorizado del personal de Virtua Health para que me los cuide, Virtua Health no será responsable de la pérdida ni del daño de estos, como joyas, dentaduras postizas, dispositivos electrónicos o audífonos.

Consentimiento para usar y revelar información médica

- Como se describe en el Aviso de las Normas de Privacidad de Virtua Health, Virtua Health podrá usar y revelar mi información médica para todo fin permitido, en cualquier formato, incluido el electrónico. La información médica usada y revelada puede incluir información que Virtua Health recibió de mis otros proveedores o información delicada con protecciones legales adicionales, como en el caso del VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, información de salud mental o conductual, información sobre tratamientos contra el abuso de drogas y alcohol, pruebas genéticas, notas de psicoterapia o tratamientos que pude haber recibido como menor emancipado.
 - **Tiene derecho a negar su consentimiento ante ciertas revelaciones sobre información de atención médica reproductiva:** Si recibe servicios de atención médica reproductiva de Virtua, tenga en cuenta que, en general, no compartiremos su información de atención médica reproductiva en una acción civil ni en un procedimiento testamentario, legislativo ni administrativo sin su consentimiento por escrito, excepto en algunos casos limitados que defina la ley en los que tengamos la autorización o la obligación de hacerlo. En las circunstancias en las que solicitamos su consentimiento por escrito, tiene derecho a negar su consentimiento. Los servicios de atención médica reproductiva incluyen todos los servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento o derivación relacionados con el sistema reproductivo humano, que incluyen, entre otros, los servicios relacionados con el embarazo, los métodos anticonceptivos o la terminación de un embarazo.
- Si me internan, Virtua Health puede analizar mi planificación de alta con la persona designada como mi acompañante.

Responsabilidad financiera y cesión de beneficios

- Si recibo atención en un hospital, departamento secundario de emergencias o departamento externo del hospital de Virtua Health, entiendo que, además de recibir una factura del hospital, puedo recibir una factura aparte de los profesionales médicos (por ejemplo, médicos) que me brindaron tratamiento, pero que no tienen un contrato de empleo con el hospital.
- Tengo la obligación continua de pagarle a Virtua Health o a cualquier profesional independiente que me atienda en un centro de Virtua Health por los servicios médicos que me preste.
- Mi compañía de seguros o plan de salud puede pagar directamente a Virtua Health los beneficios de la póliza que, de otro modo, me pagarían a mí. Si los beneficios asignados no cubren todos los cargos de Virtua Health, acepto ser responsable del pago de los honorarios, cargos y costos asociados con mi tratamiento, excepto cuando sea elegible en virtud de Medicaid u otro programa estatal o federal, o según lo prohíba la ley. Si mi compañía de seguros o mi plan médico se rehúsan a hacer un pago a Virtua Health, le doy mi consentimiento a Virtua Health para que apele el rechazo del pago.
- En lo personal, soy responsable de pagar los deducibles, copagos o coaseguros del seguro de conformidad con los términos de mi póliza. Es mi responsabilidad obtener los certificados previos, las derivaciones, las segundas opiniones o cualquier otro requisito previo o condición que requiera mi cobertura de seguro para pagar mi atención médica.
- Si mi cuenta se deriva a un abogado o a una agencia de cobros, pagaré los honorarios de abogados razonables relativos a la cobranza de los cargos no pagados. Pueden comunicarse conmigo de la manera que se describe en la sección Comunicaciones de este consentimiento general.

Consentimiento para las comunicaciones

- Virtua Health y todo agente en su nombre, incluidos abogados y agencias de cobros, pueden comunicarse conmigo para cualquier fin permitido, incluido el tratamiento, el pago o las actividades comerciales. Se pueden comunicar conmigo por correo, teléfono, facsímil, mensaje de texto, correo electrónico u otro tipo de comunicación electrónica. Virtua Health y sus agentes pueden comunicarse conmigo en cualquier dirección física, de correo electrónico u otra dirección electrónica, o número de teléfono que yo haya proporcionado o que esté disponible al público de otro modo, incluidos los números de teléfono inalámbricos, lo que podría generarme cargos. Este contacto puede incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o artificiales, o de un dispositivo de marcado automático.

Sección de reconocimiento

Entiendo que Virtua Our Lady of Lourdes Hospital en Camden y sus departamentos externos del hospital cumplen con las directivas éticas y religiosas (*Ethical and Religious Directives*, ERD) en cuanto a los servicios de atención médica católica.

Recibí o me ofrecieron una copia de Virtua Health de los siguientes documentos:

- Los derechos de los pacientes, que describen mis derechos y responsabilidades como paciente de Virtua Health.
- El Aviso de las Normas de Privacidad, que describe cómo Virtua Health puede usar y revelar mi información médica, y acepto y apruebo esos usos y revelaciones.
- El folleto de intercambio de información médica, que describe cómo Virtua Health puede compartir mi información de manera electrónica con otros proveedores que no forman parte de Virtua Health.
- Información sobre el Programa de Atención de Caridad, si Virtua Health determinó que soy elegible para recibir los servicios.

He leído, entiendo y acepto cada uno de los términos de este consentimiento general.

Firma del paciente o de su representante legal Representante legal (según corresponda)	Fecha	Hora
---	-------	------

Nombre del representante legal del paciente (en letra de imprenta)	Parentesco con el paciente o declaración de la autoridad para actuar en nombre del paciente (es decir, cónyuge, padre, madre, tutor legal, persona que se desempeña <i>in loco parentis</i> , etc.)
--	---

Testigo (solo firma)	Testigo (en letra de imprenta)
----------------------	--------------------------------

Testigo (solo firma)	Testigo (en letra de imprenta)
----------------------	--------------------------------

*Se requiere un segundo testigo solo para el consentimiento telefónico

Virtua Health, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. ATENCIÓN: Tenemos disponibles servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-VIRTUA3 o al 1-888-847-8823.