

Consent for Medical Treatment (Spanish)

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO MÉDICO:

Yo, _____ (imprimir o poner en letra de imprenta el nombre) consiento la provisión de cuidado que puede incluir procedimientos diagnósticos, tratamiento médico y/o admisión al UPMC, según mi médico de cabecera o su agente autorizado considere necesario o recomendable. Entiendo que dicho cuidado puede incluir análisis (incluyendo imágenes diagnósticas), exámenes y tratamiento médico, tomar fotografías (incluye videograbación) y grabación de audio que podrían utilizarse para propósitos médicos internos y educacionales. Entiendo que se requiere un consentimiento por separado cuando se obtienen dichas fotografías o grabaciones para fines externos, tales como grabación de film comercial, programas de televisión y mercadeo (marketing). En caso de tener objeción religiosa a cuidado específico que puede incluir efectuar fotografías y grabaciones de audio, puedo pedir a UPMC que no me provea dicho cuidado. Entiendo que podría requerirse mi firma en formularios de consentimiento especial para ciertos procedimientos que incluyen ingreso corporal. Acepto que no se me ha dado garantía alguna respecto al resultado de ninguna examinación o tratamiento y que los resultados de cualquier examinación y/o tratamiento serán confidenciales. El consentimiento oral requiere las firmas de dos testigos.

También entiendo y estoy de acuerdo en que otras personas, bajo la dirección del médico involucrado en mi cuidado, podrían asistir o participar en proporcionar cuidado hospitalario y/o cuidado médico en dichas instalaciones. Esto podría incluir, pero no limitarse a, residentes y asociados, estudiantes de medicina y enfermería.

Otorgo al UPMC y sus designados permiso a (1) usar mi información médica según lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad del UPMC y (2) cuando sea pertinente, disponer por medios apropiados de cualquier espécimen y tejido (tales como muestras de sangre u otros fluidos, frotis de Papanicolau, muestras cutáneas, etc.). Entiendo que dichas muestras no podrán ser devueltas.

Entiendo que el UPMC y sus designados pueden usar dichos especímenes o tejidos, sin mi autorización (1) como parte de sus actividades educacionales y programas, y (2) para propósitos de investigación si dichos especímenes o tejidos son utilizados sin identificación y de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales y federales pertinentes. En caso de que la identificación de dichos especímenes o muestras no haya sido eliminada, el UPMC no deberá utilizarlos para propósitos de investigación sin mi previa autorización por escrito.

He leído esta sección del consentimiento para cuidado médico o me ha sido leída y explicada a mi satisfacción.

_____ Firma del paciente	_____ Fecha	_____ Firma del representante de UPMC
_____ Firma /identidad por parte del paciente/parentesco Nombre	_____ Fecha	_____ Firma del representante de UPMC

TPO-TÉRMINOS DE FINANCIACIÓN/REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy de acuerdo con los siguientes términos de pago por los servicios proporcionados:

1a. Autorizo al UPMC a facturarle a mi compañía aseguradora y requiero que dichos pagos se efectúen directamente al UPMC. Certifico que la información que he presentado respecto a la cobertura de mi seguro u otras fuentes de pago es correcta.

1b. Otorgo al UPMC todos los derechos a los pagos de seguro o beneficios de los que soy titular por los servicios que me ha proporcionado. Autorizo al UPMC para actuar a mi favor y como representante para pedir una reconsideración a mi plan de asistencia sanitaria o entidad de revisión de utilización para cobertura interna y externa, o revisión de agravios.

1c. Autorizo al UPMC a revelar cualquier información médica o de otro tipo sobre este ingreso en el hospital, servicios proporcionados por el UPMC, o servicios proporcionados por terceras partes, si se requiere para obtener el pago de mi aseguradora u otro pagador y sus agentes. Asimismo, autorizo al UPMC a revelar cualquier información médica o de otro tipo que requiera mi aseguradora, otros pagadores y sus agentes, agencias gubernamentales o sus mandatarios para revisar la atención médica proporcionada.

2. Otorgo todo derecho a beneficios, ingresos del seguro u otros pagos o decisiones a los que tengo derecho por servicios médicos de interpretación de laboratorio, patología, radiología, neurología, cardiología, test diagnóstico, anestesiología, y/o servicios de urgencias al médico u organización que proporcione el servicio. También autorizo que se expidan demandas de pago de mi parte a mi aseguradora.

3. Doy consentimiento para que cualquier afiliado del UPMC (incluyendo hospitales del UPMC, personal, médicos que me proporcionen servicios y otras entidades o programas) acceda a la información médica o de otro tipo que se mantenga en sistemas de información electrónicos o recopilada de maneras variadas en los lugares de los afiliados del UPMC, y que esté relacionada con tratamientos y/o servicios que me hayan ofrecido el UPMC o cualquier afiliado relacionado con mi cuidado, operaciones de cuidado médico o pagos por tratamientos y servicios. Asimismo, autorizo la revelación de la información relacionada con mi cuidado a mi(s) médico(s) de cabecera, y si fuera necesario para remisiones, consultas, tratamiento y/u otros servicios de tratamiento de atención médica a mí. La información relacionada con la salud del comportamiento, en la que se incluyen salud mental y adicciones, precisa autorización específica.

4. Se me ha proporcionado el documento de Aviso de Prácticas de Privacidad del UPMC. También entiendo que están a mi disposición copias adicionales de este aviso si deseo revisarlo.

_____ **Iniciales del paciente (necesarias)**

5. Entiendo que mi información puede ser divulgada si así lo estipula la ley local, estatal o federal.

6. **Información íntima (cuando sea de aplicabilidad).** Consiento y autorizo a la revelación de mi información médica íntima u otro tipo de información (por ejemplo: salud del comportamiento, en la que se incluye salud mental y adicciones) a mi(s) aseguradora(s) _____ para propósitos de facturación, a otros pagadores y agencias gubernamentales o sus mandatarios para revisar la atención sanitaria proporcionada. Además, en lo que respecta a cualquier información relacionada con drogas y alcohol, la revelación de dicha información sobre mí se debe limitar a si estoy bajo tratamiento o no, mi pronóstico, la estructura del programa, el modelo del tratamiento y los servicios ofrecidos, una breve descripción de mi progreso, una corta declaración si he recaído en abuso de drogas y alcohol, la frecuencia de cualquier recaída, y otra información permitida en conformidad con el 4 Pa. Code Section 255.5(b). Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento

mediante el envío de una petición por escrito a la entidad del UPMC a la que le otorgué dicho consentimiento.

_____ **Firma del paciente (necesaria)**

7. Entiendo que cualquier cantidad que no pague mi seguro será mi responsabilidad.

CERTIFICADO DE MEDICARE

Certifico que la información que he proporcionado para la solicitud de pago en conformidad con el Título XIX de la Ley de seguridad social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a revelar a los centros de servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios, cualquier información que se necesite para este u otro reclamo a Medicare. Solicito que se realicen los pagos de beneficios autorizados en mi nombre. Otorgo los beneficios pagaderos por servicios médicos al médico u organización que los haya proporcionado, o autorizo a dicho médico o entidad para que presente una reclamación a Medicare para que se me pague.

CERTIFICADO DE MEDICAID

Certifico que la información de este consentimiento es verdadera, completa y detallada. Entiendo que el pago y satisfacción de este reclamo procederá de fondos federales y estatales, y que cualquier declaración, afirmación o documento falsos, u ocultación de hechos materiales puede causar proceso penal conforme las leyes federales y estatales aplicables.

Acuse de recibo-mi firma, hallada más abajo, atestigüa que he recibido un mensaje importante de MEDICARE/MEDICARE HMO/TRICARE (anteriormente conocido como CHAMPUS)/CHAMPVA y no invalida ninguno de mis derechos para solicitar una revisión.

OBJETOS DE VALOR DEL PACIENTE

Exonero de toda responsabilidad al UPMC por pérdida de vestimenta, dinero, objetos de valor, dentaduras, gafas o anteojos, o cualquier otro objeto que decida conservar conmigo mientras esté en calidad de paciente, y entiendo que UPMC no será responsable y no reemplazará ningún tipo de pertenencia extraviada, rota, o robada que decida tener conmigo, o cualquier otro objeto de mi propiedad que me haya sido entregado mientras esté recluido.

MENOR CAPAZ DE DAR CONSENTIMIENTO PARA OBTENER CUIDADO MÉDICO (SI FUESE APLICABLE)

Al ser menor de 18 años, y por la(s) siguiente(s) razón(es), _____ tengo derecho, según lo dispuesto en la ley de Pennsylvania, a dar consentimiento para obtener servicios médicos, dentales o de otro tipo relacionados con la salud para mí y, si es de aplicación, para mis hijos menores de edad, sin el consentimiento de otra persona. _____ **Iniciales del paciente (necesarias si se rellena este apartado)**

He leído este TPO-Términos financieros-Revelación de información o me ha sido leído y explicado a mi satisfacción

Firma del paciente	Fecha	Firma del representante del UPMC
_____	_____	_____
Firma/identidad por parte del paciente/ parentesco / nombre	Fecha	Firma del representante del UPMC
_____	_____	_____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Nombre del paciente _____
Número de cuenta _____ Número de hoja clínica _____
 Marque aquí si el paciente no acusó recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad _____
Razón del paciente para no acusar recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad:
 Recibido anteriormente Rechazado Otro: _____
Episodio de cuidado _____

Por favor notar que la versión traducida de este documento ha sido proporcionada para la conveniencia del paciente. La versión inglesa de este documento deberá considerarse la versión oficial del documento para todo propósito y en todo momento.

11/2004