

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

### 1. AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA ADMISIÓN Y EL TRATAMIENTO

1, Yo, el que suscribe, por la presente solicito, consiento y autorizo voluntariamente toda la atención médica y hospitalaria, incluida la evaluación física y las pruebas de detección, los procedimientos de diagnóstico, la administración de medicamentos, los tratamientos terapéuticos, incluidas las pruebas de detección de drogas y alcohol, según se considere necesario a juicio de los médicos que me atienden, otros miembros del personal médico y los proveedores de atención médica de las subsidiarias de McLaren Health Care ("McLaren"). Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado nada con respecto a los resultados del cuidado y tratamiento que he recibido.

Por la presente autorizo a McLaren a retener, preservar y usar con fines educativos y científicos, o disponer a su discreción o conveniencia de cualquier muestra o tejido extraído de mi cuerpo durante mi consulta. Autorizo a McLaren a tomar fotografías, filmar y/o grabarme con fines de diagnóstico, recomendación de tratamiento y/o documentación e identificación durante el tratamiento. Entiendo que toda la documentación en el registro médico, incluidas las fotografías, películas y grabaciones podrán ser conservadas como parte permanente del registro médico y podrán ser usadas para casos de estudio y formación. Se me ha informado y entiendo que la mayoría de las instalaciones de McLaren son instituciones de enseñanza y que los procedimientos médicos y quirúrgicos realizados pueden requerir la observación, cooperación y servicios de múltiples profesionales de atención médica. Autorizo a dichas personas a realizar esta observación, servicio o atención.

### 2. CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS DE EXPOSICIÓN

Entiendo que si un socorrista de emergencia, un profesional de atención médica u otro empleado de un centro de salud se expone a mi sangre o fluido corporal, se pueden realizar pruebas que incluyan, entre otras, el VIH, la hepatitis B o la hepatitis C sin mi consentimiento, según lo dispuesto por MCL 333.20191.

### 3. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL SEGURO

Autorizo a McLaren y a sus afiliados a divulgar a cualquier tercero responsable de pagos, o a su representante, incluido Medicare, Medicaid, Champus, Blue Cross/Blue Shield, seguros comerciales de salud, seguros automovilísticos de responsabilidad objetiva, seguros de compensación por incapacidad de los trabajadores, empleadores, organizaciones de mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos y planes de atención administrada, que puedan ser responsables del pago en mi caso, o según lo exija la ley, la información de mi historia clínica que sea necesaria para recibir el reembolso de cualquier facturación realizada en relación con mi tratamiento, incluidos los registros de abuso de alcohol y drogas protegidos en virtud de la normativa del artículo 42 CFR, Parte 2, si los hubiera, y los registros de servicios sociales, si los hubiera, y los registros de servicios psicológicos, incluidas las comunicaciones por mi parte a un trabajador social o psicólogo.

### 4. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA

Autorizo a McLaren a divulgar la información contenida en mi expediente médico, incluida la información sobre enfermedades y/o infecciones contagiosas, según lo definido por las leyes de Michigan y las reglas del Departamento de Salud Pública, o por el Departamento de Salud de Ohio, que incluyen la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo de demencia asociado al SIDA (ADC, por sus siglas en inglés), las enfermedades venéreas y la tuberculosis, y la información sobre el abuso de alcohol y/o drogas protegida por la normativa del artículo 42 del Código de Regulaciones Federales parte 2, los expedientes psiquiátricos/psicológicos y los expedientes de trabajo social, incluidas las comunicaciones con un trabajador social, psiquiatra o psicólogo.



820b

PT.

MR. #/P

DR.

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

### 5. CESIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Cedo y autorizo el pago directo a McLaren de todos los beneficios de salud y otras formas de pago relacionadas con la atención que me proporciona el personal de McLaren. Asumo toda la responsabilidad económica para el pago de todos los gastos asociados con mi cuidado y tratamiento, incluido cualquier cargo no pagado por el seguro. Estos gastos pueden incluir, entre otros, los cargos diarios por llamadas telefónicas, la habitación privada solicitada por el paciente y cualquier cantidad de deducibles y coaseguro.

### 6. LEY DE PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR TELEFÓNICO

Entiendo que, ocasionalmente, McLaren, sus subsidiarios y afiliados (colectivamente, "McLaren") pueden comunicarse conmigo para (1) conversar sobre cualquier servicio pasado, actual o futuro proporcionado por McLaren, según lo permitido por HIPAA; (2) conversar sobre la contabilidad, la facturación u otra información financiera (como la información del seguro y los honorarios de servicio) de servicios pasados, actuales o futuros proporcionados por McLaren; y (3) discutir el cobro de cualquier cantidad vencida o mi elegibilidad para la asistencia de pago o programas de condonación.

Autorizo y acepto que McLaren y sus proveedores de servicios (a) se pongan en contacto conmigo en cualquier dirección (incluido el correo electrónico) o número de teléfono (incluido el número inalámbrico o el número de teléfono fijo portado) que pueda proporcionar a McLaren; (b) que utilicen sistemas de marcación telefónica automática o llamadas con mensajes pregrabados cuando se pongan en contacto conmigo; y (c) que envíen mensajes de texto a mi número de teléfono, para llevar a cabo los fines que McLaren ha identificado anteriormente. Acepto que McLaren comparta mi información de contacto, incluido mi número de teléfono móvil y mi dirección de correo electrónico, con proveedores de servicios (incluida una agencia de cobros) que McLaren contrate para que le ayuden a perseguir estos intereses, pero entiendo que McLaren no compartirá mi(s) número(s) de teléfono con terceros para sus propios fines sin mi consentimiento. Entiendo que se podrán aplicar las tarifas telefónicas estándar por minuto y por texto.

Asimismo, entiendo que no tengo que dar mi consentimiento para recibir llamadas de mensajes automáticos o pregrabados o textos para recibir servicios de McLaren. Puedo optar por revocar mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes automáticos o pregrabados poniéndome en contacto con un representante de servicio al cliente de McLaren para informarle de mis preferencias utilizando el siguiente número gratuito o dirección de correo electrónico: (844) 839-3884 o [phonecalloptout@mclaren.org](mailto:phonecalloptout@mclaren.org).

### 7. MÚLTIPLES FECHA DE SERVICIO

Entiendo que mi tratamiento puede requerir más de una fecha de servicio, por lo tanto este consentimiento tendrá plena vigencia y efecto desde la fecha de la firma hasta que sea dado de alta del tratamiento; entiendo que el tratamiento puede ser prestado en cualquier instalación de McLaren.

### 8. AUTORIZACIÓN PARA OBTENER REGISTROS DE MEDICAMENTOS PARA COORDINAR LA ATENCIÓN MÉDICA

Entiendo que es importante que mis proveedores de atención médica sepan qué medicamentos estoy tomando actualmente, para que me puedan recetar medicamentos y proporcionar el tratamiento más adecuado para mí. Por lo tanto, autorizo a McLaren/Karmanos a obtener y revisar los registros de cualquier farmacia (o farmacias) en las que actualmente obtengo medicamento(s).



820b

PT.

MR.#/P

DR.

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

### 9. SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

Para la seguridad del paciente, la comunicación oportuna y eficaz, y la disponibilidad lingüística para los pacientes con dominio limitado del inglés y/o quienes requieran interpretación de lengua de señas americana, McLaren proporciona servicios de interpretación de tecnología a pedido gratuitos, incluida la interpretación remota por video (VRI) y la interpretación telefónica (OTP). Si hay dificultades técnicas o el paciente requiere un enfoque alternativo, un miembro de administración puede ayudarle para coordinar servicios de interpretación presencial. Al firmar este formulario, presto consentimiento para utilizar VRI y OTP.

### 10. PARA PACIENTES EMBARAZADAS O QUE ACABAN DE DAR A LUZ

Entiendo que McLaren está obligado a realizar pruebas de detección de VIH, Hepatitis B e infecciones de transmisión sexual cada vez que una paciente embarazada se presenta inicialmente para el tratamiento prenatal o el parto (o inmediatamente después del parto si se dio a luz a un bebé fuera del hospital) y que los resultados de las pruebas no están fácilmente disponibles para el proveedor de atención médica. Al suscribir este formulario, autorizo a que se me realicen estas pruebas.

### 11. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: OBJETOS PERSONALES DE VALOR

Entiendo que McLaren no es responsable por la pérdida o daño de los objetos personales que elijo tener conmigo o en mi habitación durante la estadía en McLaren, y que soy responsable de asegurar los artículos de valor. Me han aconsejado que envíe todos mis objetos personales de valor a casa. También reconozco que McLaren/Karmanos no se hace responsable de los objetos personales que lleve durante mi estancia.

### 12. CONSENTIMIENTO DE NOTIFICACIÓN A UN FAMILIAR

Autorizo a que McLaren notifique a un miembro de mi familia.

(Sí); Nombre del familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 (No)

### 13. CONSENTIMIENTO PARA NOTIFICAR A SU MÉDICO DE CABECERA - SÓLO PARA INGRESOS HOSPITALARIOS

Sólo cuando me ingresen a un hospital, al proporcionar el nombre de mi Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), doy mi consentimiento para que McLaren notifique a ese proveedor de mi ingreso al hospital.

### 14. AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso Conjunto de Políticas de Privacidad de McLaren, el Procedimiento de Quejas, los Derechos del Paciente y la Política de Visitas (si correspondiera):

El paciente regresó/se negó \_\_\_\_\_ (Iniciales del representante de acceso del paciente)



820b

PT.

MR.#/P

DR.

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

### 15. INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Entiendo que McLaren participa en Intercambios de Información de Salud para operaciones de negocios y para poner la información de mi atención médica a disposición de otros proveedores que puedan tratarme.

### 16. Solo para Ohio

Puede utilizarse un farmacéutico para la gestión de su atención y usted o una persona autorizada puede actuar en su nombre para retirarse del acuerdo de consulta con un farmacéutico.

Certifico que he leído este formulario de consentimiento, o que me lo han leído. Comprendo su contenido y acepto que al firmar este formulario estoy obligado a cumplir sus disposiciones, tanto si lo firmo yo como si lo hace un representante en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
**PACIENTE** Firma (Padre/Madre/Tutor, si es menor o persona que firma en representación del paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora  
**(OBLIGATORIO)**

\_\_\_\_\_  
**Vínculo** si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
Permiso por teléfono

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora  
**(OBLIGATORIO)**

\_\_\_\_\_  
Segundo testigo (permiso por teléfono)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora  
**(OBLIGATORIO)**

