



FORMULARIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO
Atrium Health Medical Group

SOLICITUD DE TRATAMIENTO. El Charlotte-Mecklenburg Hospital Authority, haciendo negocios como (h/n/c) Carolinas HealthCare System (“Atrium Health”, por sus siglas en inglés) mantiene ciertos proveedores, personal y las instalaciones necesarias para ayudar en la prestación de mi cuidado médico, y autorizo a Atrium Health , a dichos proveedores y al personal a realizar en mí el cuidado ordenado por mis proveedores. Entiendo que tengo el derecho de ser informado por mis proveedores acerca de la naturaleza y el propósito de cualquier tratamiento o procedimiento propuesto y cualquier método alternativo de tratamiento disponibles, junto con una explicación de los probables riesgos y beneficios asociados a ellos. Este formulario no es un reemplazo de tales explicaciones. Reconozco que Atrium Health y sus proveedores y personal no son responsables de proporcionarme esta información de proveedores que no son de Atrium Health . Doy mi consentimiento para recibir servicios mediante audio interactivo, video, o comunicaciones de datos para llevar a cabo las consultas, evaluaciones, exámenes, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, u otras comunicaciones que benefician a un paciente si es apropiado para mi condición, y entiendo los riesgos, beneficios y alternativas de hacerlo. Elijo recibir los servicios, incluso si mi plan de seguro no puede cubrir o continúe cubriendo determinados servicios, incluidos los servicios específicos prestados durante el tratamiento médico.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO. Por este medio yo/nosotros asigno/asignamos todos mis derechos a Atrium Health bajo cualquier póliza de seguro, incluido, pero no limitado a, seguro médico principal, beneficios hospitalarios o ambulatorio, beneficios por enfermedad, beneficios por lesión debido a mí y por la responsabilidad de un tercero, tal como el seguro de auto o seguro de compensación de trabajadores, y los ingresos de los de todas las reclamaciones derivadas de la responsabilidad de terceros a cargo de cualquier persona, empleador o compañía de seguro al o para el paciente hasta la cantidad total de la cuenta médica, y por medio de la presente autorizo el pago directo a Atrium Health y/o a mis proveedores de todos los beneficios a los que tengo derecho. Esta asignación incluye el pago para beneficios del hospital, ambulatorio, quirúrgicos y médicos a cualquier otro grupo profesional contratado por Atrium Health para servicios profesionales que puedan realizar en mí. Además, yo/nosotros garantizo/garantizamos y represento/representamos que cualquier seguro que yo/nosotros asigne/asignemos es un seguro válido y vigente y que tengo/tenemos el derecho de realizar esta asignación. Yo entiendo que soy financieramente responsable ante Atrium Health , mis proveedores, y dichos grupos profesionales o entidades incluidas en esta asignación por las cantidades adeudadas que no están cubiertas por esta asignación. Por ejemplo, sé que a veces las compañías de seguros no pagarán por los servicios ordenados por mis proveedores y que yo he autorizado. Entiendo que estas denegaciones de pago ocurren por una variedad de razones. Mi póliza de seguro puede no incluir el servicio en particular como un beneficio. En otros casos, el servicio no estará cubierto por mi compañía de seguro, ya que ésta decide que el servicio no es necesario, a pesar de la decisión de mi proveedor para solicitar el servicio. En todo caso, incluso si un servicio no está cubierto por el seguro, estoy de acuerdo en pagar todos los cargos por todos los servicios prestados, incluidos los servicios específicos prestados como parte del tratamiento médico. Además estoy de acuerdo en caso de que los beneficios pagados bajo esta asignación o cualquier otro monto pagado por mí/nosotros o en mi/nuestro nombre excede las cantidades adeudadas a Atrium Health , mis proveedores, o los grupos profesionales o entidades por los servicios relacionados a este tratamiento médico, cualquier cantidad de dicho exceso podrá aplicarse a cualquier otra deuda que yo o mi cónyuge o algún hijo de quien soy financieramente responsable tenga Atrium Health o cualquier otro centro o entidad relacionada con Atrium Health , mis proveedores, u otros grupos profesionales o entidades incluidas en esta asignación.

AVISO DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES. Yo entiendo que Atrium Health ha contratado a ciertos grupos de profesionales independientes para que estos grupos proporcionar ciertos servicios exclusivamente en las instalaciones de Atrium Health , incluyendo pero no limitado radiología, anestesiología, patología, oncología de radiación, y servicios de emergencia médica. Entiendo que los grupos profesionales son contratistas independientes, no son empleados o agentes de Atrium Health , y no están sujetos al control o a la supervisión por parte de Atrium Health en su prestación de servicios profesionales.

USO DE INFORMACIÓN MÉDICA Y COMUNICACIÓN. Yo entiendo que Atrium Health , mis proveedores y grupos profesionales independientes que proporcionan servicios médicos pueden usar mi información para propósito de tratamiento, pago, y operaciones de cuidados de la salud según se describe en el Anuncio de Prácticas de Privacidad de Atrium Health . Para aclarar, entiendo que Atrium Health y mis proveedores pueden proporcionar cualquier información médica acerca de mi tratamiento médico a mi compañía de seguro, agencias gubernamentales o de caridad y sus agentes, y a organizaciones profesionales de revisión con las que pueda tener cobertura de seguro o que puedan estar ayudando en el pago de mi tratamiento médico. Además, entiendo que Atrium Health y mis proveedores pueden entregar cualquier información médica a cualquier proveedor de cuidados de la salud o instalación médica a la que puedo ser remitido o trasladado para recibir cuidado médico adicional. Yo autorizo a Atrium Health y mis proveedores para tomar y producir fotografías, grabaciones, y/o videos de mí para propósito de tratamiento y fines de operación de cuidados de la salud. En cualquier momento, puedo oponerme a, o anular mi permiso para fotografías, grabaciones, y videos que se tomen o produzcan por razones que no sean para propósito de tratamiento y fines de operación de cuidados de la salud. Además, autorizo Atrium Health y mis proveedores entregar cualquier información médica necesaria para determinar los daños de Atrium Health en cualquier procedimiento jurídico para hacer cumplir cualquier saldo pendiente de pago en cualquiera de mis cuentas. Yo doy mi consentimiento y autorización a Atrium Health a los agentes terceros de Atrium Health a comunicarse conmigo por teléfono a todo número relacionado con mi persona, incluyendo a un número móvil, y el uso de servicios previamente gravados o que marquen automáticamente a toda forma de comunicación vinculada conmigo o relacionada a mi cuenta.

901

REQUEST FOR TREATMENT AND AUTHORIZATION FORM _Spanish

PATIENT LABEL

COMUNICACIÓN POR TELÉFONO Y MENSAJES DE TEXTO. Le autorizo a Atrium Health y a sus representantes (incluyendo a los agentes terceros) a comunicarse conmigo por teléfono mediante servicios de mensajes previamente grabados o que marquen automáticamente a todo número de teléfono relacionado con mi persona o mis representantes personales, incluyendo los números inalámbricos, con respecto a cualquier asunto relacionado con mi tratamiento, pago o cuenta, o para informarme sobre productos o servicios que puedan interesarme. Solamente puedo negarme a recibir más llamadas o mensajes siguiendo las instrucciones razonables proporcionadas específicamente por Atrium Health. Entiendo que no es necesario que yo acepte recibir llamadas telefónicas y mensajes para recibir tratamiento u otros servicios de Atrium Health. Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y mi número de teléfono celular, le doy mi autorización a Atrium Health (incluyendo sus agentes y contratistas) para que me envíen información, recordatorios y mensajes utilizando esos medios de comunicación. Le autorizo a Atrium Health que me envíe mensajes descifrados utilizando estos medios de comunicación, y entiendo y acepto los riesgos asociados con hacerlo.

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN DE MEDICARE Y MEDICAID. Yo certifico que la información proporcionada por mí en la solicitud de pago en virtud de los títulos V, XVIII y /o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Entiendo que los servicios de cuidados médicos pagado por Medicare, Medicaid y los programas de Maternidad y Salud del Niño están sujetos a ser revisados por las organizaciones profesionales, que pueden recomendar la denegación del pago si mi estado de salud no justifica el cuidado médico continuo. Autorizo a las agencias responsables de determinar elegibilidad bajo estos programas, a proporcionar a Atrium Health toda información relacionada a la determinación de mi elegibilidad. Solicito que el pago de los beneficios bajo estos programas sea realizado a Atrium Health y a mis proveedores en mi nombre.

GARANTÍA DE PAGO. Yo (paciente o parte/es responsable/s) estoy de acuerdo a pagar todos los cargos por los servicios prestados por Atrium Health y mis médicos u otros proveedores por mi tratamiento médico. Esta garantía incluye los cargos por servicios no cubiertos por mi seguro, independientemente de la razón por la cual la cobertura del seguro fue negada. Si dejo de pagar todos los cargos y Atrium Health o mis proveedores usan un abogado para recaudar los cobros adeudados, me comprometo a pagar el costo razonable de los servicios del abogado, además de los cargos adeudados. Doy mi consentimiento y autorizo a Atrium Health y sus agentes y subcontratistas a ponerse en contacto con fuentes de datos externas de su elección, incluido agencias de información de crédito, para fines relacionados con mi cuenta, incluyendo la evaluación y determinación de mi solvencia crediticia, mi calificación para recibir caridad, y la viabilidad de recoger cualquier cantidad debida por el tratamiento que recibo, ya sea en este momento o en visitas posteriores. Entiendo y acepto que Atrium Health podrá ceder mis cuentas que considere necesarios a los efectos de recoger cualquier cantidad que yo deba, incluyendo a las agencias de cobranza y abogados.

PROPIEDAD PERSONAL. Entiendo que Atrium Health no se hace responsable por el dinero, los objetos de valor y otros objetos personales que tenga en mi poder y no se responsabiliza por su pérdida.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO ADICIONAL: Yo autorizo al personal de asesoría financiera de Atrium Health para que me ayude en el proceso de cualquier solicitud de beneficios, incluyendo la Asistencia Médica, Ayuda a Familias con Hijos Dependientes o Asistencia Especial, iniciado para el Paciente dentro de los seis meses siguientes a la fecha de esta autorización. El Asesor Financiero puede tener acceso y copiar cualquier registro o información a la que tendría derecho. Yo autorizo y dirijo al Departamento de Servicios Sociales del Condado de proporcionar tal información al Asesor Financiero. Yo autorizo y consiento a la remisión al Condado para los beneficios por el uso apropiado de cualquier formulario de remisión. Yo solicito que si mis beneficios son aprobados o negados, una copia de la aprobación o denegación se adjunte y devuelta con el formulario de remisión. Reconozco que este consentimiento es voluntario y que puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna medida. Este consentimiento continuará siendo válido y ejecutable hasta que sea revocado o reemplazado por un nuevo formulario de consentimiento, firmado por mí.

He leído la anterior solicitud y autorización en su totalidad y me comprometo a cumplir todos los términos y condiciones aquí descritas. Por medio de la presente, el/la abajo firmante da su consentimiento a dicho tratamiento médico según lo ordena mi(s) proveedor(es) e indicado de igual manera por mi (nuestra) firma a continuación.

Nombre del paciente: _____
Name of Patient

Firma del paciente/parte responsable
Patient/Responsible Party Signature

Relación/parentesco, si no es el paciente
Relation, if not the Patient
____ Esposo/Esposa / Spouse
____ Padre/madre / Parent/s
____ Otro (Especificar) / Other (Specify: _____)

Fecha /Date Hora /Time

Testigo / Witness Fecha / Date Hora / Time

Se me ha proporcionado acceso al Anuncio de Prácticas de Privacidad de Atrium Health

Firma del paciente/representante autorizado
Patient/Authorized Representative Signature

Fecha/Date: _____ Hora/Time: _____

Relación/parentesco, si no es el paciente
Relation, if not the Patient
____ Esposo/Esposa / Spouse
____ Padre/madre / Parent/s
____ Otro (Especificar) / Other (Specify: _____)

Razón por la que el paciente No puede / No está dispuesto a firmar _____
Reason Patient Unable/Unwilling to sign