

**Sleepy Eye Medical Center**

400 4th Avenue North West

Sleepy Eye, MN 56085

Teléfono: (507) 794-3571

Fax: (507) 794-5460

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de expediente médico (MRN): \_\_\_\_\_

**1. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Mientras sea paciente del Sleepy Eye Medical Center (SEMC) - Hospital and Clinics, por la presente doy mi consentimiento para (A) la realización del tratamiento que sea necesario; (B) la administración de los medicamentos indicados; (C) la realización de otros procedimientos técnicos por parte del médico o enfermero/a especializado/a necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de mi caso; (D) el examen y la disposición adecuada de todo el tejido que me extraigan. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía ni seguridad respecto de mi atención y tratamiento en el SEMC o de los resultados de dicha atención.

**2. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA PERMITIR EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO MÉDICO, DE HOSPITAL Y DE CLÍNICAS AL SLEEPY EYE MEDICAL CENTER - HOSPITAL AND CLINICS**

Por la presente solicito el pago de los beneficios autorizados directamente al SEMC por los servicios que me prestó el SEMC o que me prestaron en el SEMC. Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica y de otro tipo sobre mi persona para las operaciones de atención médica y a Medicare, mi aseguradora, la organización para el mantenimiento de la salud (HMO), otros terceros pagadores o sus administradores terceros, para procesar y pagar los reclamos y definir los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable ante el SEMC por cualquier cargo que no cubra mi plan de seguro. Entiendo que al firmar solicito que el pago se haga directamente al SEMC y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar los reclamos. Si el punto 12 y 13 del formulario de reclamo HCFA-1500 y los puntos 52 y 53 del formulario UB04 son completados, al firmar autorizo la divulgación de mi información a la aseguradora o agencia indicada.

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago en virtud del Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a todo aquel que posea información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios o aseguradoras cualquier información necesaria para este u otro reclamo de Medicare relacionado. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Asigno el pago de los cargos pendientes de pago del médico o médicos por quienes el hospital esté autorizado a facturar en relación con sus servicios. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier deducible y cualquier cargo que el seguro médico no cubra.

**3. POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y CRÉDITO**

Como cortesía, la Oficina Comercial presentará los reclamos ante mi aseguradora si se proporciona la información adecuada. Todas las cuentas de los pacientes se considerarán vencidas 30 días después de recibida la factura. Soy financieramente responsable de los cargos que mi seguro no cubra y de cualquier adicional por demora en el pago. Entiendo que se puede añadir un cargo por servicio a los cargos pendientes que no se paguen dentro de los 60 días.

Los cheques que se devuelvan al SEMC por fondos insuficientes en mi cuenta corriente están sujetos a un cargo por servicio de \$30.00, de acuerdo con la sección 604.113 de los Estatutos de Minnesota.

**4. RECONOCIMIENTO DE DIVULGACIÓN**

Puedo solicitar la revocación de este consentimiento para el uso y divulgación de mi información mediante una notificación por escrito al gerente de la Oficina de Comercial, pero mi revocación no se aplicará a la información ya divulgada.

**5. RESPONSABILIDAD POR OBJETOS PERSONALES DE VALOR**

Reconozco y entiendo que soy responsable de mis objetos personales de valor, incluyendo, entre otras cosas, dentaduras postizas, anteojos, prótesis, joyas, dinero, chequera, o cualquier otro artículo de valor sentimental. Libero al SEMC de toda responsabilidad por la pérdida por robo o negligencia mía o de cualquier empleado del SEMC de mis objetos personales de valor.

Entiendo también que el SEMC puede restringir el acceso de mis visitantes por motivos legítimos. Estos motivos pueden incluir, entre otros: cuestiones de control de infecciones, el riesgo de que las visitas puedan interferir con el cuidado de otros pacientes o sean perturbadoras, y la necesidad de descanso y privacidad propia o de compañeros de habitación. Consulte el póster o el folleto de visitas del paciente del SEMC para ver más información y detalles.

Firma del paciente o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Motivo por el cual el paciente no puede firmar: \_\_\_\_\_

Testigo(s): \_\_\_\_\_