

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (Pág 1 de 4)**  
**HIM# 129s**

Yo entiendo que la University of North Carolina Health Care System (UNC Health Care) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades incluyendo (pero no necesariamente limitada a) UNC Hospitals; Rex Hospital, Inc.; High Point Regional Health; Regional Physicians, LLC; Premier Surgery Center, LLC; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; Chatham Hospital, Inc.; Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital; the University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; Johnston Health Services Corporation; Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; NHCS Physicians, Inc.; UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health Care» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health Care»). **Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que se firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health Care en donde yo soy un paciente; sin embargo, este consentimiento no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones o actividades de cobros relacionados con las admisiones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.**

**Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado**

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health Care y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del que yo me encuentro ahora y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health Care para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente de los afiliados de UNC Health Care. Yo estoy consciente de que los proveedores listados en el apéndice A de este consentimiento son contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care, conforme a la lista, y ellos proveen servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health Care de acuerdo con su juicio profesional. Los proveedores listados en el apéndice A no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como vacunaciones y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo pruebas de laboratorio. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados de mi proveedor de cuidados de la salud. Yo entiendo que mi equipo médico de los afiliados de UNC Health Care puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

**Consentimiento para el uso y divulgación de información.**

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health Care –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, servicios de salud que me presten, o pago por mis servicios de salud que pudiera ser necesaria: (1) para mi tratamiento (a cualquier proveedor de cuidados de la salud o instalaciones que necesiten la información para mi cuidado continuo); (2) para cualquier propósito relacionado con el pago de servicios hecho por mí o un tercero (para determinar idoneidad, para procesar una reclamación al seguro, para revisión de utilización y calidad o con el propósito de facturación o cobro, según sea necesario para obtener el pago); (3) para las operaciones del negocio de cuidados de la salud del afiliado de UNC Health Care u otro proveedor de cuidados de la salud que haya tenido relación conmigo (incluyendo la evaluación de calidad, programas de capacitación, planificación y actividades para la recaudación de fondos); o (4) de otra manera descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad y como la ley lo permita.

Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad de UNC Health Care*.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías, videos o hacer dibujos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago o de las operaciones de cuidados de la salud (los cuales pueden incluir evaluación de calidad, educación y capacitación) siempre y cuando sea consistente con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.



**Consentimiento para ser utilizado dentro de UNC Health Care**

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health Care y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información delicada necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la salud mental o conductual (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de otra institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o abusadores de sustancias, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para el abuso de alcohol o drogas, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas y pruebas genéticas.

**Yo además autorizo la divulgación de información financiera y actividad relacionada con los pagos por los servicios a:**

**Nombre del individuo:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Responsabilidad financiera**

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico, se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual pudiera ser distinto del costo estimado que me dieron. También entiendo que es posible que una compañía de seguro médico no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge o padre de un menor de edad). Si yo no tengo cobertura de un seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health Care, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health Care.

**Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare/Medicaid**

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine razonables y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud bajo los programas de Medicare y Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health Care en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health Care a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health Care.

**Número de seguro social**

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health Care pueden usarlo para fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

**Número de teléfono celular**

Los afiliados de UNC Health Care o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por teléfono a cualquier número anotado en mi expediente de los afiliados de UNC Health Care incluyendo teléfonos celulares con el propósito de proporcionarle servicios a mi cuenta y cobrar las cantidades adeudadas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y el uso de servicios de llamada automáticos.

**Objetos personales**

Yo entiendo que los afiliados de UNC Health Care no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo relevo a los afiliados de UNC Health Care de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

**Lista de pacientes**

Para la conveniencia de los pacientes y visitantes, los afiliados de UNC Health Care pueden mantener una lista de los pacientes que están recibiendo servicios actualmente en sus instalaciones para que podamos proporcionar el lugar donde se encuentra el paciente en las instalaciones y el estado general del paciente a las personas que preguntan por un paciente por su nombre. A menos que yo haya escrito mis iniciales abajo, yo les doy mi autorización a los afiliados



*Patient Label Here*

de UNC Health Care para proporcionar mi ubicación y estado general a los individuos que pregunten por mí por mi nombre.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Yo no quiero que me incluyan en la lista de pacientes de los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre.

**Información religiosa**

Puede que los afiliados de UNC Health Care proporcionen una lista de pacientes al clero de la comunidad cuando la solicitan. Esta lista incluye el nombre y la ubicación del paciente, su estado en general y su afiliación religiosa. A menos que yo haya escrito mis iniciales a continuación, yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care para proporcionar a los clérigos de la comunidad, que lo pidan, mi nombre, ubicación, estado general y afiliación religiosa.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Yo no quiero que me incluyan en la lista que proporcionan al clero los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre. Yo entiendo que, aun así, aquellas personas que trabajan para los afiliados de UNC Health Care como capellanes pudieran obtener esta información.

**Compartiendo información con los familiares o amistades**

Como una cortesía, la información de salud limitada pudiera compartirse con familiares, amistades o representantes autorizados bajo las siguientes circunstancias: (1) la información está relacionada con la participación del individuo en el cuidado del paciente o pago por su cuidado, o (2) la información es necesaria para notificar a individuos responsables del cuidado del paciente sobre la ubicación del paciente, estado en general o la muerte. A menos que yo haya escrito mis iniciales abajo, doy mi autorización para compartir información de salud limitada con mi familia, amigos y representantes autorizados bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Yo no quiero que la información personal de salud se comparta con los familiares, amistades o representantes.

**YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH CARE O A ACCIONES EN PROCESO.**

**Yo autorizo a los afiliados de UNC HEALTH CARE A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, HE RECIBIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

RELACIÓN, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

**GARANTE:** Si yo firmo a continuación como garante (no como el paciente o cónyuge del paciente o padre de un menor de edad), yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no canceladas de los afiliados de UNC Health Care, **indistintamente de si de otra forma no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL GARANTE DE PAGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 06/23/15*



## **APÉNDICE A**

### Contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care

#### **UNC Hospitals («UNCH»)**

Estoy consciente de que los médicos, enfermeras especializadas y asociados médicos que proveen servicios a pacientes de UNCH pueden ser contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de UNC Hospitals de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de UNC Hospitals.

#### **Rex Hospital, Inc. («Rex»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, neonatólogos, patólogos, psiquiatras, radiólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que les proporcionan servicios a los pacientes de Rex de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rex.

#### **High Point Regional Health («High Point Regional»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, radiólogos, hospitalistas y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de High Point Regional Health de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de High Point Regional.

#### **Caldwell Memorial Hospital, Incorporated («Caldwell»)**

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Caldwell de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Caldwell.

#### **Chatham Hospital, Inc. («Chatham»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, hospitalistas, patólogos, y radiólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Chatham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Chatham.

#### **Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital («Pardee»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, radiólogos, el grupo de anesthesiólogos, oncólogos de radiación y los patólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Pardee de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Pardee.

#### **Johnston Health Services Corporation («Johnston»)**

Yo estoy consciente de que la mayoría de los médicos que proporcionan cuidados en Johnston, y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios en Johnston de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Johnston.

#### **Nash Hospitals, Inc. («Nash»)**

Yo estoy consciente de que los médicos, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, radiólogos, médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Nash de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados o agentes de Nash, y que Nash no es responsable por sus acciones.

#### **Premier Surgery Center, LLC («Premier»)**

Yo estoy consciente de que los proveedores de Premier son contratistas independientes que les proporcionan servicios a los pacientes de Premier de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados ni agentes de Premier y que Premier no es responsable por sus acciones.

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 06/23/15*



**Rex Healthcare**  
**4420 Lake Boone Trail Raleigh, NC 27607**  
**Health Information Management**  
**919-784-3158; Fax 919-784-3343**  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN**

**Autorizo:**

	<b>Rex Healthcare</b>
--	-----------------------

U

<b>Otro:</b>	
<b>Phone:</b>	<b>Fax:</b>

**Para utilizar o divulgar a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cod: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**La protegida información de salud de:**

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Cod: \_\_\_\_\_  
(voluntary)

Historial Apellido De Soltera \_\_\_\_\_

Medico #: \_\_\_\_\_ De la Madre: \_\_\_\_\_

Fechas del Tratamiento/ \_\_\_\_\_

Tipo de Tratamiento: \_\_\_\_\_

**Información que se divulgará (compruebe por favor la información solicitada):**

	Face Sheet		Discharge Summary		History and Physical
	Consultations		Physician Orders		Emergency Dept. Notes
	Medication/Graphic Sheets		Progress Notes		Operative/Procedure Notes
	Pathology Report		Pictures		Lab Reports
	X-Ray Reports		Discharge Instructions		Nurses Notes
	Otro:				

Reconozco que los datos divulgados puedan que incluyan datos que son protegidos por la ley. Mis iniciales abajo autorizan la inclusión de la información que pertenece a:

	Salud Mental		Drogas Y Alcohol		HIV / SIDAS y otras enfermedades comunicables		Prueba Genética		No aplicable
--	--------------	--	------------------	--	---	--	-----------------	--	--------------

**El propósito del uso o divulgación es:**

	Abogado/Judicial		Continuo Cuidado del Paciente		Servicios Sociales/Incapacidad
	Uso Personal		Seguro		Otro:

**\*REQ12345\***

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento.
- La revocación no aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.
- La revocación no aplicará a mi compañía de seguros y lo que la ley provee a mi asegurador el derecho de contender un reclamo bajo mi póliza.

Entiendo que:

- Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito.
- El procedimiento para revocar esta autorización es presentar mi revocación por escrito al departamento de Information Management.

También entiendo que:

- Puedo rehusar firmar esta autorización.
- Rex Healthcare no pondrá condiciones a el tratamiento de el paciente (o cualquier pago, la inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para los beneficios) en el recibir mi firma en esta autorización.

He sido informado y entiendo que la información divulgada con respecto a esta autorización puede estar sujeta a la reapertura por un recipiente de tal información. Es posible que una vez divulgada, la privacidad de la información no sea más protegida bajo la ley federal de privacidad medica.

Entiendo que un honorario puede ser cobrado para copiar la protegida información medica.

A menos que esté revocada de otra manera, esta autorización expirará en la fecha, acontecimiento, o condición siguiente: el día, mes y año\_\_\_\_\_. Si fallo de especificar una fecha de vencimiento del acontecimiento o de la condición, esta autorización expirará automáticamente en noventa (90) días a partir de la vijente fecha de mi firma.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

- O -

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Fecha

Explique por favor la autoridad de Representante para ejercer por parte del paciente:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date Completed: _____		Completed by: _____	
Total Pages: _____	Sent via: Mail	Courier	Certified Mail Fax Picked-Up
Fax Number: _____	<input type="checkbox"/> Fax # Verified	<input type="checkbox"/> I.D. Checked: _____	