Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: N. º de cuenta

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PRUEBAS, EXÁMENES Y TRATAMIENTOS DE RUTINA Y DE EMERGENCIA

Consentimiento general: doy mi consentimiento para todos los exámenes, las pruebas de rutina y la atención médica que el médico u otros profesionales que me atiendan consideren necesarios. **Comprendo que a todos los pacientes que acuden al hospital en busca de atención por una posible afección médica de emergencia se les hará una evaluación médica exploratoria. Esta evaluación y el tratamiento necesario se ofrecen independientemente del seguro o de la capacidad de pago del paciente**. Acepto que los servicios se prestan de la manera y en las circunstancias menos restrictivas para cubrir mis necesidades.

Comprendo que los médicos que me atienden podrían no ser empleados del hospital. Estos médicos pueden ser médicos independientes que tengan privilegios de personal y hayan acordado tratar a pacientes del hospital. Si es necesaria la hospitalización, puedo elegir un médico o se elegirá uno en mi nombre.

Comprendo que este es un hospital universitario y que los alumnos y los residentes pueden participar en mi atención. Comprendo también que los alumnos y los residentes pueden observar mi atención.

Si se requieren operaciones o procedimientos especiales, mi médico me pedirá que dé otro consentimiento informado diferente. Acepto que mi atención puede requerir el uso de una serie de dispositivos y equipamientos médicos.

Comprendo que la medicina no es una ciencia exacta y que no se brindan garantías sobre mi tratamiento o el resultado.

Doy expresamente a Inspira permiso para contactarme utilizando la información de contacto proporcionada, incluido mi número de teléfono celular.

Seguridad: comprendo que tengo la obligación de participar en la prestación segura de mi atención. Acepto proporcionar información veraz y completa al personal del hospital e informar todo cambio en mi afección médica. Haré preguntas para comprender mi afección y la atención que se me brinda. Acepto seguir las instrucciones y acepto la responsabilidad por cualquier daño causado por no seguir las instrucciones. Trataré a mis proveedores de atención médica, a los demás pacientes y a las propiedades del hospital con cortesía y respeto. No abandonaré la zona de tratamiento sin el consentimiento de mi médico. Seguiré todas las reglas del hospital, incluso la de no fumar. Si soy una persona fumadora, puedo pedirle al médico que me ayude a manejar mi compulsión.

Derecho a una negativa: tengo derecho a negarme a cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento. Comprendo que mi negativa puede causar un grave riesgo para mi salud. Acepto este riesgo.

Efectos personales: comprendo que el hospital no es responsable de ningún dinero u objeto personal que yo conserve durante mi tratamiento. Debo enviar mis pertenencias a casa.

Consentimiento para tomar y compartir fotografías y videos para el tratamiento, lo que incluye telemedicina, control de calidad y educación: permito que Inspira Health Network Hospitals, sus agentes y empleados tomen fotografías y graben video y audio sobre mi persona para el tratamiento, la identificación, la documentación o la supervisión de mi afección médica. El tratamiento puede incluir el uso compartido de fotografías, radiografías, informes o consultas en video bidireccional con proveedores que no están en el hospital. Las imágenes pueden grabarse o no. Si se graban las imágenes, podrían formar parte de mi expediente médico y, además, usarse para el control de calidad.

Muestras: entiendo que, si un trabajador de la salud accidentalmente toma contacto con mi sangre o mis fluidos corporales y mi estado de salud no me permite otorgar un consentimiento en tiempo y forma, esas muestras se analizarán para ver si hay una enfermedad infecciosa para que el trabajador de la salud pueda comenzar inmediatamente con el tratamiento, si es necesario.

Acepto que este hospital podrá mantener, desechar, conservar o usar, con fines científicos y de capacitación, cualquier muestra o tejido que se tome de mi cuerpo durante mi tratamiento.

Pacientes en trabajo de parto y parto: su firma en este formulario constituye su consentimiento, tanto para usted como para su bebé (o bebés) nacido(s) durante esta estadía en el hospital.

Acuerdos de responsabilidad financiera y asignación de beneficios: autorizo el pago al hospital de cualquier beneficio de seguro hospitalario que me corresponda por parte de la compañía aseguradora. Este pago no podrá ser superior al saldo adeudado al hospital una vez que mi seguro haya pagado. Comprendo que deberé pagar al hospital todos los cargos no cubiertos por mi seguro. Si mi aseguradora o el médico me dicen que la atención debe prestarse en otro centro clínico, que no tiene carácter de emergencia o que no está cubierta por mi seguro, aún puedo recibir el tratamiento, pero puede que tenga que pagar por la atención prestada. Entiendo que, de ser necesario, es mi responsabilidad obtener una derivación o una autorización y que, si no la obtengo, seré financieramente responsable de pagar los gastos ocasionados por estos servicios.

Comprendo que el hospital me facturará la atención prestada por los empleados del hospital y que recibiré facturas diferentes de médicos y de otros proveedores que me brinden atención y que no sean empleados del hospital.

Otorgo y transfiero al hospital y a los médicos que me atienden todos los beneficios de cualquier tipo que les correspondan por mi hospitalización, la atención de los médicos u otros servicios que me proporcionen. Estos beneficios incluyen, entre otros, todos los pagos de seguro, pagos de Medicare o Medicaid y/o pagos correspondientes según un plan de reembolso de gastos médicos autofinanciados del empleador (Employer Self-Funded Medical Expense Reimbursement Plan) conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA). Esto permite que el hospital y los médicos que me atienden actúen en su propio nombre y en mi lugar para aceptar y cobrar los pagos de cualquier tipo que me correspondan. También permite que el hospital demande a cualquier compañía aseguradora o a otra parte responsable para recuperar dichos pagos. Esto de ningún modo reduce, libera ni

afecta mi responsabilidad financiera con el hospital por los cargos hospitalarios, médicos o de otro tipo relacionados con mi atención. Esto es vinculante para mis administradores, albaceas, herederos y sucesores.

Comprendo que hay programas disponibles para ayudar a quienes no cuentan con los medios para pagar los servicios prestados. Para obtener información sobre asistencia financiera, llame al número (856) 575-4780 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:00 p. m.

Divulgación de información: doy mi consentimiento para que el hospital divulgue información sobre mí y mi atención, lo que incluye mi expediente médico, a cualquier proveedor de atención médica, agencia de servicio social o institución que me brinde atención, incluidos aquellos a quienes se me derive tras el alta. También doy mi consentimiento para el uso y la divulgación por parte del hospital de mi información médica personal para otros fines aprobados por el hospital, como administración, capacitación, revisión de uso, mejora de la calidad, revisión auditada y para procurar el pago del seguro médico u otras entidades responsables. El abajo firmante acepta la consulta electrónica y recepción de mi historial de medicamentos por parte de todas las fuentes.

Prácticas de privacidad: Ley de transferibilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). El Aviso de prácticas de privacidad explica cómo puede usarse o divulgarse su información médica protegida (información sobre usted y su afección médica).

☐ Recibí el Aviso de prácticas de privacidad en una visita anterior. No deseo otra copia.

Iniciales del personal de Registro y/o del paciente/tercero autorizado:_____ Fecha: _____

☐ Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad en mi visita de hoy.

Puede ver una copia del Aviso de prácticas de privacidad en www.InspiraHealthNetwork.org. También puede solicitar que le envíen una copia por correo postal o correo electrónico. Para ello, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento Corporativo al número (856) 507-7857.

Derechos del paciente: de conformidad con la ley federal y estatal, los pacientes tienen ciertos derechos y deben recibir información sobre ellos.

☐ Recibí una copia de mis Derechos del paciente en una visita anterior. No deseo otra copia.

Iniciales del personal de Registro y/o del paciente/tercero autorizado:_____ Fecha: _____

El hospital me ha informado mis derechos como paciente. Comprendo que puedo obtener una copia de mis derechos en cualquier área de registro, además de consultar mis derechos en el folleto del paciente que me entregarán en el momento de la admisión o cuando me asignen una cama de observación. También puedo visitar www.InspiraHealthNetwork.org para ver más información sobre los derechos de los pacientes.

Entiendo que tengo el derecho de presentar preguntas o quejas a un miembro del personal del hospital. Para eso, debo llamar al número (856) 641-7770 para Bridgeton, Elmer y Vineland, y al número (856) 686-5040 para Woodbury. También puedo comunicarme con las siguientes agencias si tengo alguna pregunta o queja: **Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Nueva Jersey (New Jersey Department of Health and Senior Services) al número (800) 792-9770 y a la Agencia de Acreditación de Hospitales DNV (DNV Hospital Accreditation Agency), al número (866) 496-9647.**

Verificación: certifico que la información que he proporcionado sobre mí es correcta; esto incluye nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, dirección actualizada, número de teléfono actualizado e información de seguro actualizada. Comprendo que, si esta información es falsa y he proporcionado la identificación o la información de seguro de otra persona, el hospital puede denunciarme ante la policía.

He leído y comprendo este **CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PRUEBAS, EXÁMENES Y TRATAMIENTOS DE RUTINA Y DE EMERGENCIA**

Mi firma significa que acepto lo anterior. Puedo pedir una copia de este formulario.

☐ _____ _____ _____

Firma del paciente/representante autorizado y relación — Hora — Fecha

_____

Nombre en letra de imprenta si no es el paciente

_____ _____ _____

Hora — Fecha — Firma del testigo (necesaria cuando el paciente no es capaz de firmar este documento, cuando se obtiene el consentimiento telefónico o cuando otra persona que no es el médico obtiene la firma del paciente).

☐ El paciente no está disponible para firmar este formulario.

☐ El paciente no es capaz de firmar este formulario.

☐ El consentimiento se dio verbalmente.

_____ _____ _____

Hora — Fecha — Nombre del miembro del personal si se marca alguna de las casillas anteriores

Nombre del paciente:
Número del paciente:

q Inspira Bridgeton Health Center 333 Irving Avenue Bridgeton, NJ 08302 856-575-4500
q Inspira Medical Center Elmer 501 West Front Street Elmer, NJ 08318 856-363-1000
q Inspira Medical Center Mullica Hill 700 Mullica Hill Rd Mullica Hill, NJ 08062 856-508-1000
q Inspira Medical Center Vineland 1505 W Sherman Ave Vineland, NJ 08360 856-641-8000
q Inspira Woodbury Health Center 509 N. Broad Street Woodbury, NJ 08096 856-845-0100

Un mensaje importante de Medicare

Sus derechos como paciente hospitalizado:

- Usted puede recibir los servicios que son cubiertos por Medicare. Estos incluyen los servicios hospitalarios que sean necesarios por razones médicas y los servicios que podría necesitar luego de ser dado de alta, siempre y cuando los servicios sean ordenados por su médico. Usted tiene derecho a enterarse de estos servicios, quién los pagará, y dónde podrá obtenerlos.
- Usted puede participar en toda decisión relativa a su hospitalización.
- Usted puede informar sus preocupaciones relativas a la calidad de la atención que recibe a su QIO: **Livanta BFCC en 1-866-815-5440 o TTY: 1-866-868-2289**. La QIO es el revisor independiente que Medicare autoriza para revisar la decisión de darle de alta.
- Usted puede trabajar con el hospital para prepararse para la alta de manera segura y organizar los servicios que podría necesitar luego de salir del hospital. Cuando usted ya no necesita atención hospitalaria como paciente internado, su médico o el personal del hospital le informará de la fecha prevista para su alta.
- Usted puede hablar con su médico u otro personal del hospital si tiene inquietudes sobre su alta.

Su derecho de apelar el alta del hospital:

- Usted tiene derecho a una revisión (apelación) médica independiente e inmediata de la decisión de darle de alta. Si usted la hace, no tendrá que pagar por los servicios que recibe durante la apelación (salvo los cargos como copagos y deducibles)
- Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor además examinará sus expedientes médicos y/u otra información relevante. Usted no tendrá que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si desea.
- Si decide apelar, usted y el revisor recibirán una copia de la explicación detailada indicando los motivor por los cuales la cobertura de la hospitalización no debería continuar. Usted recibirá este aviso detallado solamente después de solicitar la apelación.
- Si la QIO determina que usted no está en condiciones para ser dado de alta, Medicare seguirá cubriendo los servicios hospitalarios.
- Si la QIO está de acuerdo en que los servicios no deberían ser cubiertos más allá de la fecha del alta, ni medicare ni su plan de salud de Medicare pagará por su hospitalización después del mediodía del día en que la QIO le notifica de su decisión. Si usted pone fin a los servicios antes de dicho momento, evitará la responsabilidad económica.
- Si usted no apela, podría tener que pagar por los servicios que reciba más allá de la feche del alta.

Vea la página 2 de este aviso para más información.

Cómo solicitar una apelación del alta del hospital

- Usted deberá presentar su solicitud a la QIO indicada arriba.
- Deberá hacer su solicitud de apelación lo antes posible, pero en la fecha prevista para el alta y antes de salir del hospital, a más tardar.
- La QIO le notificará de su decisión lo antes posible; por lo general, será un máximo de 1 día después de haber recibido toda la información necesaria.
- Llame a la QIO en: **Livanta BFCC en 1-866-815-5440 o TTY: 1-866-868-2289** para apelar o si tiene preguntas.

Si usted pierde la fecha límite para solicitar la apelación, es posible que tenga otros derechos de apelación:

- Si usted tiene Medicare Original: Llame a la QIO: **Livanta BFCC en 1-866-815-5440 o TTY: 1-866-868-2289**.
- Si tiene un plan de salud de Medicare: Llame a su plan _____ al _____

Para más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o para TTY: 1-877-486-2048. CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

Información adicional (Opcional):

Firme abajo para indicar que usted ha recibido y entendido este aviso.

Se me notificó de mis derechos como paciente hospitalizado y que podré comunicarme con mi QIO para apelar el alta.

_____ _____

Firma del paciente o representante Fecha/Tiempo

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938- 0692. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso para pacientes ambulatorios de Medicare sobre servicios de observación

Nombre del paciente: **Numero de paciente:**

Usted es un paciente ambulatorio del hospital que recibe servicios de observación. No eres un paciente interno porque:

☐ Necesitas cuidados por menos de 48 horas; su médico ordenó pruebas adicionales para determinar si debe ser admitido o dado de alta y / o su plan de observación aprobado por el plan Medicare Advantage para sus servicios continuos.

☐ Otra/ Otro _____

Ser un paciente ambulatorio podría afectar lo que paga en el hospital:

- Cuando es paciente ambulatorio de un hospital, su estancia para observación está cubierta por la Parte B de Medicare.
- Por los servicios de la Parte B, en general usted paga:
  - Un copago por cada servicio hospitalario que recibe. Los copagos de la Parte B podrían variar según el tipo de servicio.
  - El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayor parte de los servicios médicos, después del deducible de la Parte B.

Los servicios de observación podrían afectar su cobertura y el pago de su atención médica, después de salir del hospital: Si necesita la atención de un centro de enfermería especializada (SNF) después de salir del hospital, la Parte A de Medicare solo cubrirá la atención de un SNF, si ha tenido una estadía mínima de 3 días en el hospital como paciente internado, por necesidad médica real, como consecuencia de una enfermedad o lesión relacionada. Una estadía hospitalaria como paciente internado comienza el día en que el hospital lo ingresa basado en la orden de un médico y no incluye el día del alta.

- Si tiene Medicaid, un plan Medicare Advantage u otro plan de salud, Medicaid o el plan podrían tener reglas diferentes para la cobertura de SNF, después de que sale del hospital. Verifique con Medicaid o su plan.

NOTA: La Parte A de Medicare, en general, no cubre los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, como una estadía para observación. Sin embargo, la Parte A, en general, cubre los servicios por necesidad médica real para pacientes internados, si el hospital lo ingresa como paciente internado, basado en la orden del médico. En la mayor parte de los casos, usted pagará un deducible por única vez, por todos sus servicios hospitalarios para pacientes internados, durante los primeros 60 días que permanezca en el hospital.

._____

Si tiene preguntas sobre sus servicios de observación, pregunte al personal del hospital que le entregue este aviso o al médico que le brinda atención médica. También puede pedir hablar con alguien del departamento de admisiones o planificación de altas del hospital.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877- 486-2048.

Sus costos por medicamentos:

En general, los medicamentos recetados y los de venta libre, incluidos los “medicamentos autoadministrados”, que recibe en el entorno como paciente ambulatorio del hospital (como el departamento de emergencias) no están cubiertos por la Parte B. Los “medicamentos autoadministrados” son aquellos que usted puede tomar por sí solo. Por razones de seguridad, muchos hospitales no permiten que tome medicamentos que trae de su casa. Si tiene un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), su plan podría ayudarlo a pagar estos medicamentos. Es probable que deba pagar estos medicamentos como gastos de bolsillo y presentar un reclamo a su plan de medicamentos para recibir un reembolso. Comuníquese con su plan de medicamentos para obtener más información.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud Medicare (Parte C), sus costos y cobertura podrían ser diferentes. Verifique con su plan para conocer la cobertura por servicios de observación para pacientes ambulatorios.

Si es Beneficiario Calificado de Medicare a través de su programa estatal de Medicaid, no pueden facturarle los deducibles, coseguros, ni copagos de las Partes A y B.

Información adicional (Opcional):

Cuando usted es un paciente ambulatorio en el hospital, su estadía de observación está cubierta por la Parte B de Medicare y si tiene un plan de seguro complementario, ellos usualmente pagarán el 20% de los copagos, no cubiertos por Medicare.

Cuando es un paciente ambulatorio del hospital, su observación Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), es posible que los copagos mencionados anteriormente no se apliquen en su caso. Consulte con su plan acerca de la cobertura para servicios de observación.

Inspira Health ha decidido no facturarle los medicamentos recibidos mientras está en observación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Coordinación de Atención al 856-641-7802 Elmer / Vineland o al 856-508-1468 Mullica Hill/Woodbury o para obtener información sobre Asistencia Financiera, llame al 856-641-6336

El paciente / representante se negó a firmar el aviso pero se les proporcionó una Copia

_____ _____:

Testigo del Hospital / Título Fecha y hora

Firme a continuación para mostrar que ha recibido y comprendido este aviso.

_____ _____

Firma del paciente o representante Fecha / Hora

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame a: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

Un Guia de Observacion Ambulatorio para el Pacientes sin Medicare

Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente: _____

Numero del Paciente: _____ Nombre del Empleado: _____ Fecha: _____

Usted es un paciente ambulatorio recibiendo servicio de observacion, no como paciente hospitalizado porque: Usted necesita cuidado medico por < 48 horas; su doctor ha ordenado examines adicionales para determinar si deber ser admitido or dado de alta y/o su plan medico ha aprovado cuidado de observacion.

1. **Que es Observacion Ambulatorio?**
   Observacion es un servicio especial que le permite a los medicos poner a un paciente en cuidado agudo, en el hospital para determinar la necesidad de hospitalizacion. Los pacientes son seguidos por el personal de enfermeria. Cuando esten estable, se le dara del alta.

2. **Qual is la diferencia en la facturacion?**
   La estadia de observacion es facturada como un servicio ambulatorio. El estado de observacion ambulatorio puede impactar como su compania de seguro determina la cobertura para su cuidado en el hospital tanto como su cuidado depues de su hospitalizacion. Contacte su compania de seguro para reglas especificas.

3. **Que clase de problemas tienen las personas que hacen Observacion apropiado?**
   Muchas clases de problemas clinicas soportan la necesidad para observacion, como sintomas que pueden ser resolvidas dentro de 24-48 horas o cuando la necesidad para hospitalizacion no esta clara. La intencion de Observacion es para permitirle al medico mas tiempo para evaluar/tratar al paciente y tomar una decision si admite o da de alta.

4. **Quales son algunos de los ejemplos de estos problemas?**
   Ejemplos pueden incluir nausea, vomitos, dolor de estomago, dolor de cabeza, fiebre, y algunos tipos de respircion corta y dolor en el pecho.

5. **Que significa "tiempo limitado"?**
   Observacion es solamente apropiado para periodos de tiempos cortos, usualmente no mas de 48 horas.

6. **Que sucede al final de la estadia de observacion?**
   Tipicamente, su medico decide si le va a dar de alta para su casa o hospitlizarlo. El darle de alta puede ocurrir a cualquier hora del dia.

7. **Que si mi medico decide mi condicion requiere hospitalizacion de cuidado agudo?**
   Cuando se haga esa determinacion, su medico debe de escribir una orden para conventir su estadia de observacion a admision. Entonces puede ser movido a una area diferente del hospital o permanecer donde esta.

8. **Que si mi medico decide que no requiero hospitalizacion de cuidado agudo?**
   Su medico le dara de alta, y su doctor primario le proveera su cuidado siguiente.

9. **Como afecta el cuidado de observacion en la forma que mi plan de seguro cubre mi cuidado?**
   Debe combrobar con su plan para verificar si ellos requieren una estadia clasificada de hospital.
   - Un hospital clasificado significa que usted ha sido un paciente en el hospital por lo menos tres dias corridos (teniendo encuenta el dia en que fue hosptalizado, sin contar el dia que le dieron de alta).

Para preguntas con respecto al cuidado de observacion llame al personal de Care Coordination en Vineland, 856-641-7802, Elmer 856-363-1812, Mullica Hill, 856-508-1468 o para Asistencia Financiera, llame 856-641-6336.