



COND TREAT

**CONDICIONES PARA TRATAMIENTO Y
RESPONSABILIDAD FINANCIERA
(CONDITIONS FOR TREATMENT AND FINANCIAL RESPONSIBILITY)**

Side 1 of 2

Cualquier referencia a "ChristianaCare" en este consentimiento, incluye acciones por parte de ChristianaCare, sus empleados, contratistas y proveedores médicos asociados. Yo consiento a lo siguiente cualquier referencia a "ChristianaCare" en este consentimiento, incluye acciones por parte de ChristianaCare, sus empleados, contratistas y proveedores médicos asociados. A menos que retire mi consentimiento por escrito, yo consiento a lo siguiente:

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

- A. Es posible que ChristianaCare obtenga mi información de salud y cobertura de seguro, incluyendo mi tratamiento médico e historial de recetas, y proporcionarme servicios de salud. Entiendo y estoy de acuerdo en que no existe garantía de cualquier resultado específico de los servicios médicos proporcionados. Entiendo que este consentimiento corresponde a los servicios hospitalarios de hospitalización y ambulatorios, así como todos los servicios ambulatorios de consultorio que obtengo de ChristianaCare.
- B. ChristianaCare es una institución de enseñanza y los profesionales en entrenamiento podrían participar en mi cuidado.
- C. ChristianaCare puede usar medios fotográficos, de video, electrónicos o de audio durante o como parte de algunos tratamientos (por ej., trauma, reanimación infantil) para fines de mejoras en el desempeño, identificación del paciente, entrenamiento y/o tratamiento y esto podría grabarse. Entiendo que los profesionales médicos podrían revisar estas grabaciones, pero no formarán parte del expediente médico y serán borradas después de su revisión.

TELESALUD

- A. Entiendo que telesalud ("telehealth") (que incluye "teleterapia" y otros servicios de salud del comportamiento) es un modo de brindar servicios de atención médica usando tecnología de comunicación digital para ayudar a evaluar, diagnosticar, consultar, educar, monitorear y manejar la atención y el tratamiento sin estar en el mismo lugar físico con mi proveedor.
- B. Entiendo que una visita de telesalud no es lo mismo que una visita en persona porque no estaré en el mismo cuarto con mi proveedor. Entiendo que la calidad de la conexión digital podría afectar la habilidad de mi proveedor para atenderme por telesalud. Entiendo que no se me atenderá por telesalud a menos que mi condición apoye el uso de esta tecnología, ya que mi proveedor no podrá llevar a cabo algunos aspectos de un examen físico completo.
- C. Entiendo que la tecnología de comunicación digital puede incluir, entre otros, audio de dos vías en tiempo real, video u otras telecomunicaciones o comunicaciones electrónicas, incluyendo la supervisión remota de pacientes, las videoconferencias seguras, y/o los mensajes de texto seguros con mi equipo de atención médica.
- D. Entiendo que existen beneficios al utilizar los servicios de telesalud, que incluyen, entre otros, la evaluación y el manejo médico conveniente. También comprendo que existen riesgos involucrados en recibir tratamiento por medio de telesalud, que incluyen, entre otros, interrupción en la conexión del audio/video que resultaría en que se postergue la visita para más adelante y/o que se realice mediante un método alternativo y, en raras ocasiones, el acceso no autorizado a mi información confidencial. Entiendo que mientras esté recibiendo cuidado por telesalud, es posible que mi proveedor no puede ayudarme a modificar o abordar problemas con mi ubicación o entorno que pudiera interferir con el recibo de los servicios de telesalud. En caso de fallas técnicas, entiendo que debo comunicarme inmediatamente con el consultorio de mi proveedor, o si es una emergencia, llamar al 911.
- E. Entiendo que las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también aplican a telesalud y que ChristianaCare utiliza protocolos de seguridad para ayudar a proteger mi privacidad y asegurar que mis comunicaciones confidenciales se envíen solamente al miembro / a los miembros del equipo de atención médica a quien/quienes está destinada.
- F. Entiendo que ChristianaCare no filmará el video o grabará el audio de mi visita de telesalud sin mi consentimiento en el momento de la grabación.
- G. Consiento a que ChristianaCare obtenga información de salud sobre mí y que me brinde servicios de atención médica mediante comunicaciones de telesalud cuando y donde mi proveedor o miembro calificado de mi equipo de atención médica lo considere apropiado y necesario.
- H. Entiendo que mi proveedor podría colaborar con otros profesionales en la entrega de servicios de telesalud, al igual que durante una visita en persona. Entiendo que al igual que durante las visitas en persona, mi proveedor podría no estar al tanto de los conocimientos, experiencias y cualificaciones de todos los profesionales que colaboran. Entiendo que bajo tales circunstancias, mi proveedor utilizará el mismo juicio y destreza profesional cuando trabaje con otros profesionales como la hace durante una visita en persona.
- I. Entiendo que al igual que con las visitas en personas, podría haber otras personas presentes con mi proveedor para asistir con la visita de telesalud. Mi proveedor me ha informado sobre todas las personas que estarán presentes con él durante mi visita de telesalud, el rol de cada persona, y consiento en que mi proveedor comparta mi información de salud en su presencia.
- J. Entiendo que al igual que con las visitas en persona, otros individuos a quien yo elija tener presente conmigo durante mi visita de telesalud pueden escuchar mi información de salud y consiento en que mi proveedor comparte mi información de salud en su presencia.
- K. Entiendo que puede rehusar o dejar de participar en servicios de telesalud y solicitar servicios alternos, tales como una visita en persona, en cualquier momento.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR

- A. Me responsabilizo por la pérdida o daño de propiedad personal traída a un centro de ChristianaCare, excepto por los objetos puestos en la caja fuerte del hospital. Libero a ChristianaCare de toda propiedad perdida, robada o dañada.
- B. Se estoy hospitalizado, estoy de acuerdo en que la responsabilidad máxima del hospital por la pérdida de cualquier propiedad colocada en la caja fuerte del hospital está limitada a \$300, a menos que el hospital me proporcione un recibo escrito por un mayor valor.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

- A. Excepto según lo dispuesto en este documento, estoy de acuerdo de mi responsabilidad financiera ante ChristianaCare y los proveedores no contratados por ChristianaCare de todos los cargos por los servicios médicos que me fueron brindados durante mi visita. Los proveedores no contratados por ChristianaCare incluyen los médicos del Departamento de Emergencias y Anestesiología.



**CONDICIONES PARA TRATAMIENTO Y
RESPONSABILIDAD FINANCIERA**
(CONDITIONS FOR TREATMENT AND FINANCIAL RESPONSIBILITY)

Side 2 of 2

RESPONSABILIDAD FINANCIERA (CONTINUA)

- B. En caso de que los servicios estén cubiertos por un plan de seguro gubernamental y/o comercial, es posible que, con tal plan, sólo seré responsable de los copagos, coseguros y/o deducibles, si corresponden. Si no estoy cubierto por Medicare, Medicaid y no soy un paciente que paga por cuenta propia, me dieron la oportunidad de revisar la información de la Ley No Sorpresas (facturación de saldo).
- C. Es posible que yo sea responsable de todos los cargos si los servicios no están cubiertos por un plan de seguro gubernamental y/o comercial.
- D. No soy financieramente responsable ante ChristianaCare de los servicios médicos que me brindan allí si me los brindan en el mismo estado en el que rige mi cobertura por Medicaid. Por ejemplo, si soy miembro del seguro Medicaid de Delaware, no soy financieramente responsable de los servicios cubiertos por Medicaid de Delaware que me brindan en ChristianaCare en Delaware.
- E. Entiendo que ChristianaCare solo reconoce planes de seguro comercial y/o gubernamental como cobertura de seguro, y no reconoce programas de costos compartidos como cobertura de seguro.
- F. Entiendo que, si no tengo cobertura por parte de un plan de beneficio comercial o gubernamental, se me considerará como un paciente que paga por cuenta propia. Entiendo que soy responsable por los cargos, independientemente de mi participación en un programa de costos compartidos, de acuerdo con lo establecido en mi tarjeta de membresía, e independientemente de cualquier restricción estipulada en un instrumento de pago por parte del programa de costos compartidos. Cuando reciba el cobro por los servicios, si no cumplo con mi responsabilidad financiera su debido tiempo, entiendo que podría ser responsable por los cargos adicionales asociados con el cobro de cualquier monto no pagado.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- A. Asigno el pago de todos los seguros y otros beneficios, bajo los cuales tengo derecho de cobertura, a ChristianaCare, sus contratistas de atención médica y grupos médicos relacionados, según corresponda, por los servicios de atención médica que me fueron brindados durante mi visita como paciente médico. Específicamente, doy mi consentimiento con fecha de entrada en vigor de la fecha de mi tratamiento inicial o admisión por parte de ChristianaCare como la fecha de presentación de protección para solicitar los beneficios de derecho de Medicaid para cubrir mi tratamiento médico, sobre mi solicitud de cobertura de Medicaid, en caso de que necesite solicitarla.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO DE MEDICARE

- A. Donde los beneficios de Medicare son aplicables, Confirmando que la información que proporcioné para solicitar pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito pago de los beneficios autorizados por Medicare al ChristianaCare, y a los servicios y grupos médicos contratados por el mismo por cualquier servicio que recibí. Autorizo a cualquier titular de información sobre mí, ya sea médica o de otro tipo, a compartir con Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios por los servicios relacionados.

COMUNICACIONES CON EL PACIENTE

- A. Yo consiento a que ChristianaCare se comunique conmigo por teléfono, correo electrónico o texto al número de teléfono y/o correo electrónico que he proporcionado. Reconozco y entiendo que existe el riesgo de divulgación involuntaria de información, incluyendo mi información médica protegida, a un tercero, si la información se envía por correo electrónico o texto por teléfono. También reconozco y entiendo que mi operador móvil me puede cobrar por mensajería de texto.
- B. Yo consiento y autorizo a que ChristianaCare utilice mi correo electrónico y número de teléfono para encuestas sobre satisfacción del paciente, entrega de información de atención médica, seguimiento de citas, promociones, fines de telemercadeo, asuntos de facturación y cobranzas de una cuenta.
- C. Consiento y autorizo a ChristianaCare a utilizar mi número de teléfono y correo electrónico para comunicarse (i) mediante un teléfono de marcado automático y/o (ii) llamadas pregrabadas y/o (iv) mensajes de texto.
- D. Entiendo que tengo derecho a rehusar cualquiera y todos los métodos de comunicación con el paciente mencionados anteriormente si se me contacta. También entiendo que no se exige mi consentimiento a todos los métodos de comunicación como una condición para recibir servicios de atención médica.
- E. Este consentimiento aplica a todas las comunicaciones pasadas, presentes y futuras de ChristianaCare, hasta que yo revoque este consentimiento por escrito.
- F. Entiendo que se le notificará a mi Médico de Atención Primaria sobre mi hospitalización.

NOTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Se me ha brindado la oportunidad de recibir y revisar el Resumen del Programa de Asistencia Financiera."

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia o se me ha brindado la oportunidad de revisar el "Aviso de Prácticas de Privacidad" de ChristianaCare.

CONSENTIMIENTO

He leído este documento, o me ha sido leído, y entiendo mi responsabilidad:

_____ Firma del paciente/apoderado (Patient/Representative Signature)	_____ Relación con el paciente (Relationship to Patient)	_____/_____/_____ Fecha (Date)	_____ Hora (Time)
_____ Número de teléfono (Telephone Number)	_____ Dirección de correo electrónico (Email Address)		

Interpretation: The information has been presented to the: Patient Representative Decision Maker in: _____
The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. _____ Language

Interpreter Name Agency and ID# (if applicable)

Witness Signature/Title Print Name or ID# _____ Date ____/____/____ Time _____