

**Autorización para Tratamiento Médico/Quirúrgico**  
**Consentimiento para tratamiento, Declaración de Derechos del Paciente, y Divulgación de Información**

*Authorization for Medical/Surgical Treatment / Consent to Treatment, Statement of Patient Rights and Release of Information*

1. **Consentimiento bajo Información:** Yo he sido informado por el médico, de la naturaleza y propósito de mi consulta a la clínica. Doy mi consentimiento voluntariamente para el tratamiento médico, quirúrgico, procedimientos, Rayos X, y pruebas de laboratorio que ordene el médico(s) o prestador de servicios médicos.
2. **No Garantía:** Yo entiendo que la ciencia de la medicina y cirugía no son ciencias exactas, y que el diagnóstico y tratamiento podrían implicar riesgos de lesión y muerte. Yo comprendo y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o garantías en cuanto a resultados.
3. **Voluntades Anticipadas:** Yo entiendo que tengo derecho a tomar decisiones por ley con respecto a mi atención médica, entre éstos el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico, y derecho a formular voluntades por anticipado con respecto a esto.
4. **No Fumar:** Yo entiendo que el Hospital Three Rivers y sus alrededores es un área libre de humo de tabaco. Yo entiendo que no puedo utilizar ni consumir ningún producto que contenga tabaco en ninguna área que sea propiedad del Hospital Three Rivers o área arrendada. Ni puedo utilizar ni consumir productos que contienen tabaco en los estacionamientos del hospital, ni en las banquetas y calles cercanas que sean propiedad del hospital o área arrendada.
5. **Acuerdo Financiero y Garantía de Pago:** Ambos firmantes, tanto el paciente como el aval(es) acepta que teniendo en cuenta los servicios que le vayan a prestar al paciente, por medio de la presente, tanto uno como el otro, están obligados a pagar por los honorarios del hospital conforme a las tarifas regulares y condiciones del mismo. Yo entiendo que quizás mi compañía aseguradora no cubre todos los gastos relacionados con mi atención y que yo estoy obligado a pagar los saldos que no sean cubiertos por mi seguro médico. Si me mandan la cuenta a una empresa de cobranza de deudas o algún abogado para cobrarme. El abajo firmante deberá pagar honorarios razonables del abogado y gastos de cobranza.
6. **Autorización de Pago a Terceros:** Yo, por medio de la presente autorizo el pago de mis beneficios médicos directamente al Hospital Three Rivers, de no ser así, pagaderos a mi favor, incluyendo seguro médico principal, pago de beneficios médicos o quirúrgicos, cualquier persona responsable del paciente y pagos al médico atendiente empleado del hospital Three Rivers. Yo entiendo que soy económicamente responsable para con el hospital y médico por gastos que no sean cubiertos por esta autorización.
7. **Medicare/Medicaid:** Yo Certifico que la información que di al solicitar el pago, según lo previsto en los Artículos XV111 y X1X de la Ley del Seguro Social, es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sean hechos en mi nombre, por cualquier servicio que yo haya recibido por/ o en el Hospital three Rivers, incluyendo los servicios del médico. Autorizo a cualquier institución que tenga información médica o de otra índole referente a mí, a que la comparta con los agentes del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS en inglés), incluyendo cualquier información necesaria para determinar éstos beneficios o servicios relacionados. He recibido una copia de Notificación sobre "Mensaje Importante de Medicare" (sólo a pacientes internados).
8. **Divulgación de Información:** Yo autorizo y doy mi consentimiento para que sea proporcionada la información relacionada al tratamiento, **entre éstos; diagnósticos médicos, diagnósticos y procedimientos relacionados con drogas y/o alcohol, SIDA, u otras enfermedades de transmisión sexual**, a los médicos o instituciones médicas responsables del seguimiento de cuidados, así como también a cualquier persona u organización autorizada por la ley, o tercera persona o compañía aseguradora que pague al hospital por los servicios médicos que hayan sido proporcionados al paciente.
9. **Consentimiento para tomar Fotografías:** Entiendo que podría ser necesario tomar fotografías, videograbaciones u otras imágenes de mi atención médica para tratamiento, con fines educativos u operativos. Doy mi consentimiento a la grabación de estas imágenes, siempre y cuando no sea yo identificado por escrito o por descripción.
10. **Derechos del Paciente y Notificación de Políticas de Privacidad:** Se me ha proporcionado información sobre mis derechos. Yo reconozco que el hospital utilizará mi información para propósitos de tratamiento, pago y operación de proceso sanitario. Me han dado una copia y me han brindado la oportunidad de revisar la Notificación de Políticas de Privacidad del hospital. Entiendo que si tengo preguntas o quejas puedo comunicarme con la persona encargada de Políticas de Privacidad del hospital.

**Al firmar a continuación, Yo reconozco que he leído y entiendo este documento y sus condiciones.**

*By signing below, I acknowledge I have read and understand this document and understand its terms.*

\_\_\_\_\_  
**Paciente**    *Patient*

\_\_\_\_\_  
**Testigo**    *Witness*

\_\_\_\_\_  
**Representante del Paciente/Garante y Relación con el Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**    *Date*



*Revised: 03.15.2017*