



**HOSPITALES DE CONE HEALTH, GRUPO MÉDICO  
DE CONE HEALTH Y SERVICIOS  
PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE CONE HEALTH**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO**

**Consentimiento para el diagnóstico y el tratamiento; Personal contratista que no son agentes de Cone Health**

Tengo una condición que requiere atención médica y por este medio otorgo mi consentimiento para que me brinden dicha atención, la cual puede incluir procedimientos diagnósticos, incluso pruebas del VIH y tratamiento que los médicos tratantes y otros miembros del personal médico de Cone Health consideren necesario. Entiendo que dicha atención se puede mejorar a través de fotografía, videograbación y supervisión visual. Entiendo que Cone Health es una institución educativa y estoy de acuerdo con que estudiantes en capacitación para ser médicos y otros profesionales de la salud puedan observar o asistir en mi atención y que mis historiales médicos se pueden usar con relación a dicha capacitación, incluyendo a estudiantes no involucrados directamente en mi atención. Entiendo que algunos médicos y afiliados (Personal contratista) proporcionan sus servicios directamente al paciente de manera independiente, que este personal no son empleados ni agentes de Cone Health y Cone Health no es responsable por sus actos u omisiones. El Personal contratista incluye, sin limitación, a los médicos de los siguientes grupos: Greensboro Radiology, PA; Burlington Radiology Associates, PA; Southeast Anesthesiology Consultants, PLLC.; GPA Laboratories, Inc.; Wake Forest University Health Sciences; Greensboro Radiation Oncologists, PA; American Anesthesiology of North Carolina, PLLC; Eagle Hospital Physicians; and Piedmont Neonatology, P.C.

Si deseo rechazar las pruebas del VIH, yo solicitaré y completaré una copia impresa de este formulario. Yo rechazo las pruebas del VIH: \_\_\_\_\_

**Certificación del paciente, Asignación de beneficios del seguro y Garantía de pago**

Certifico que la información proporcionada por mí en la solicitud de pago bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social o cualquier otro beneficio del gobierno o de seguro es correcta. Autorizo el pago de beneficios de seguro de hospital, gobierno y otros beneficios de terceros, incluyendo beneficios médicos mayores, directamente a Cone Health. Autorizo el pago de los beneficios directamente a todos los médicos y proveedores de consulta y tratantes.

Entiendo que soy financieramente responsable y que garantizo y acepto el pago total, de acuerdo con las tarifas regulares y otros términos de Cone Health al momento del tratamiento del paciente, de todos los cargos por todos los servicios que me proporcionen Cone Health, médicos independientes u otros profesionales de atención médica independientes involucrados en proporcionarme tratamiento o consulta en Cone Health. Entiendo que soy financieramente responsable si dicho tratamiento no está cubierto por el seguro u otro pagador. Si cubierto, entonces soy responsable de los servicios no cubiertos, copagos, deducibles y cualquier otro gasto de bolsillo directo no cubierto relacionado con mi atención. Entiendo que Cone Health Hospital puede tener políticas de beneficencia o de autopago al momento de mis servicios que, si califico, podría estar disponible para mí. Entiendo que mi factura se enviará a la dirección que se encuentra en archivo a menos que complete una solicitud para que la misma se envíe a una dirección alternativa.

Al colocar mis iniciales en esta declaración, solicito que ninguna información protegida de salud con relación a los servicios recibidos y pagados por mi se divulgue a mi plan de salud. Si no pago mi factura en su totalidad dentro de 30 días, Cone Health seguirá con los esfuerzos de cobro razonables incluyendo, pero sin limitarse a registrándolo al seguro médico. Yo declino a que manden la factura por estos servicios a mi plan de seguro de salud. \_\_\_\_\_

Autorizo a Cone Health y cualquier profesional independiente que me haya prestado servicios en Cone Health actuar en mi nombre como apoderados con relación a: (1) cobro de beneficios de cualquier tercero responsable a través de cualquier medio necesario y (2) endoso de los cheques de beneficios pagaderos a mí y/o a Cone Health o dichos profesionales independientes. Si se necesitan esfuerzos de cobro para obtener mi pago por los servicios y suministros proporcionados, estoy de acuerdo en pagar los costos de dichos esfuerzos de cobro, incluyendo los honorarios razonables de los abogados.

Autorizo el pago de cualquier reembolso que esté vencido por cualquier beneficio de seguro pagado en exceso a realizarse al pagador adecuado de acuerdo con las condiciones de mi póliza de seguro o cualquier disposición de beneficios que aplique cuando mis coberturas están sujetas a una cláusula de coordinación de beneficios. Con relación a cualquier reembolso que se me adeude, autorizo la aplicación inmediata de dicho reembolso a cualquier monto que esté obligado a pagar personalmente de manera legal por la atención y servicios proporcionados por Cone Health. Entiendo que cualquier crédito restante que se adeude después del pago de estos montos pendientes se me reembolsará.



Autorizo a Cone Health, sus afiliados, contratistas independientes, entidades asociadas y todos los agentes y representantes contratados por Cone Health incluyendo cualquier agencia de cobro, abogado, cobrador de deudas u otra entidad (colectivamente "Cone Health") a obtener información actualizada sobre mí, incluyendo mi dirección, números de teléfono y otra información para ayudar a localizarme y comunicarse conmigo con el propósito de cobrar las cuentas que pueden estar pendientes de pago. Acepto que Cone Health se pueda comunicar conmigo por teléfono, mensajes electrónicos, correo o teléfono celular como yo lo disponga. Estas llamadas incluyen pero no se limitan a, el uso de sistema de marcado telefónico automático, voz artificial o pregrabada, o llamadas a un número de teléfono asignado a un servicio de localización, servicio de teléfono celular, servicio de radio móvil especializado u otro servicio de radio común de la compañía aseguradora ("Comunicaciones autorizadas"). Entiendo que mi aceptación a los términos de este Consentimiento del paciente y Asignación de beneficios del seguro no es una condición de voluntad para proporcionarme tratamiento. Autorizo cualquier y todo método de comunicación autorizado, incluso si incurro en una tarifa o costo por recibir dichas comunicaciones. Estoy de acuerdo en que el consentimiento y las autorizaciones proporcionados en el presente se pueden revocar sólo por escrito, dirigidos al Director de responsabilidad del paciente de la entidad pertinente.

### **Consentimiento para la divulgación de información para los Programas de Asistencia financiera estatales**

Autorizo al personal de Asesoría financiera de Cone Health a representarme y asistirme en el proceso de una solicitud de beneficios, incluyendo, pero sin limitarse a la Asistencia médica (Medicaid), TANF o Asistencia especial, iniciada por mí o en mi nombre dentro de los seis meses siguientes a la fecha de esta autorización. El Asesor financiero puede tener acceso a, y copiar cualquier registro o información a la cual yo o mis representantes tendríamos derecho. Autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado a proporcionar dicha información al Asesor financiero de manera verbal por teléfono, fotocopia o facsímil. Autorizo la remisión al Departamento de Servicios Sociales del Condado para los beneficios mediante el uso de un formulario de remisión apropiado, incluyendo, pero sin limitarse al DMA-5020. Solicito que la disposición final de mi solicitud de beneficios, junto con una explicación de cualquier rechazo, se adjunte y devuelva en el formulario de remisión apropiado.

### **HIPAA y otras regulaciones que regulan la Información protegida de salud**

Entiendo que mi información médica podría incluir mi historial médico o información con relación al diagnóstico de primera vez o subsiguiente o mi tratamiento por cualquier enfermedad contagiosa (como las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, etc.), enfermedad mental, abuso de alcohol, drogas o sustancias o discapacidad del desarrollo. Cone Health, los médicos y otros profesionales de atención médica involucrados en proporcionarme atención en Cone Health están autorizados para obtener y divulgar la información médica (excepto por el tratamiento por alcohol y drogas y notas de psicoterapia) obtenida o necesaria para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Cone Health. El Aviso de Prácticas de Privacidad está ubicado en la página web de Cone Health y en todos los sitios de registro donde usted puede obtener una copia sin preguntarle a nadie.

Entiendo que HIPAA y otras regulaciones me permiten colocar ciertas restricciones sobre cómo se usa mi Información protegida de salud. Especificaré esas restricciones en un formulario de restricción de HIPAA.

### **Exoneración de responsabilidad por objetos de valor:**

Cone Health no asume responsabilidad por dinero ni objetos de valor sin supervisión o que se llevan a la habitación del paciente o al área de tratamiento.

Entiendo y autorizo los acuerdos, exoneraciones, autorizaciones y asignaciones de los beneficios anteriores.

Firma (sello): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(Paciente o tutor legal/Representante legal, si el paciente no puede firmar)*

### **Consentimiento para el diagnóstico y tratamiento obtenido por teléfono**

Tratamiento/procedimiento: \_\_\_\_\_

Persona autorizada para otorgar el consentimiento: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_