

A NUESTROS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

Gracias por elegir Children's Hospital Colorado (CHCO).

Consideramos que las familias son participantes esenciales en el cuidado del niño(a) y deseamos apoyar y respetar sus necesidades durante su estancia en nuestro hospital.

Deseamos que entiendan sus derechos y responsabilidades como familias y pacientes en CHCO. Por medio de su firma en este formulario, otorgan su consentimiento para recibir tratamiento y pagar por la atención recibida; además, dejan constancia de haber recibido otra información general.

Si tienen alguna pregunta, por favor, hablen con su profesional médico o comuníquense con nuestro Programa de relaciones con pacientes al 720.777.1010.

Como padre, madre o representante legalmente autorizado de un paciente de CHCO, usted es el "representante personal" del paciente. Lea este contrato detenidamente y considere que "yo" se refiere al paciente pediátrico.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Otorgo mi consentimiento y autorizo al médico tratante, los profesionales médicos con los que me remiten y otras personas que forman parte del equipo de atención médica, el cual incluye residentes o profesionales médicos en capacitación, así como estudiantes de otras disciplinas, (los "Profesionales médicos"), para que me proporcionen servicios de atención médica (incluidos, pero no limitados a: exámenes médicos, tratamiento, pruebas de diagnóstico, traslados y transportación), según lo consideren médicamente necesario de acuerdo con su criterio profesional, ya sea en persona o por medio de telesalud. Entiendo que tengo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica (incluyendo telesalud) en cualquier momento, sin que esto afecte el derecho a recibir tratamiento o atención en el futuro y sin riesgo de pérdida o retiro de ninguno de los beneficios del programa. Los tratamientos de rutina pueden incluir, aunque sin limitación, la colocación de catéteres intravenosos, sondas de alimentación por vía oral o nasogástrica, catéteres urinarios, pruebas no invasivas y análisis de laboratorio.

Si estoy embarazada, entiendo que este consentimiento también concierne al bebé que nazca durante mi hospitalización.

ATENCIÓN CRÍTICA O PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA

En las áreas de cuidados críticos, o en situaciones de emergencia, existen procedimientos invasivos que pueden ser necesarios de realizarse a fin de auxiliar con la monitorización, apoyo y tratamiento para los pacientes. Estos procedimientos pueden utilizarse para reforzar la respiración y el funcionamiento pulmonar, obtener acceso vascular, auxiliar con el diagnóstico y apoyar con la nutrición. Los ejemplos de tales procedimientos incluyen, pero no se limitan a la intubación, inserción de sonda gástrica, inserción de vía arterial, colocación de catéter venoso central, inserción de sonda pleural y punciones lumbares. Si se necesitan estos procedimientos, u otros, se me informarán los detalles específicos de los procedimientos, cualquier alternativa, así como los riesgos y beneficios para que yo otorgue mi consentimiento informado. En caso de emergencia, puede ser necesario que los profesionales médicos procedan a realizar los procedimientos necesarios antes de informar al representante legalmente autorizado.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS POR TELESALUD

Otorgo mi consentimiento para que los Profesionales médicos otorguen atención por telesalud. Telesalud implica la transmisión de video, fotografías y/o detalles de mi expediente médico tales como radiografías y resultados de pruebas (colectivamente "Datos"). Todos los Datos se envían por medios electrónicos seguros a los Profesionales médicos para facilitar el servicio médico que se realiza.

Comprendo que:

- Se me informará de cualquier persona que esté presente en cada extremo de la consulta por telesalud y yo tengo el derecho a excluir a cualquier persona de cualquier ubicación.
- Todas las protecciones de confidencialidad que la ley o los reglamentos requieran se aplicarán a mi atención.
- Tengo el derecho a denegar o suspender la participación de los servicios por telesalud en cualquier momento y a solicitar servicios alternativos tales como una cita en persona. No obstante, comprendo que el equivalente a los servicios en persona podría no estar disponibles en la misma ubicación u hora de los servicios por telesalud.
- Si no deseo recibir los servicios de atención sanitaria mediante telesalud, no afectará mi derecho a recibir atención ni tratamiento a futuro como tampoco los beneficios de la aseguradora/programa a los cuales de otro modo tendría derecho.
- Si ocurre una emergencia durante la consulta por telesalud en un hospital o clínica, el personal de atención sanitaria en mi ubicación tratará la emergencia. Si ocurre una emergencia durante la consulta por telesalud cuando yo no estoy en un sitio que ofrezca atención sanitaria, debería llamar al 911 y permanecer en la conexión por video (si corresponde) hasta que la ayuda llegue.
- Tendré acceso a toda la información de mi expediente médico que resulte de los servicios por telesalud, que tendría en una consulta similar en persona, como lo otorga la ley federal y estatal. Todas las divulgaciones de información quedan sujetas a las mismas leyes y reglamentos que la atención en persona.



(#801522 Rev. 03/2020)

Place Patient Identification Label Here

Es mi responsabilidad saber cuáles profesionales médicos y servicios por telesalud quedan cubiertos bajo mi plan de seguro médico. Comprendo que se me puede facturar y estoy de acuerdo en pagar las facturas asociadas por la prestación de servicios mediante telesalud.

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS Y HACER GRABACIONES O FILMACIONES MÉDICAS

Entiendo que CHCO es un hospital universitario y otorgo mi permiso para tomar fotografías, hacer grabaciones o videos para tratamiento, pago u operaciones internas, según lo soliciten o requieran mis profesionales médicos. Las grabaciones o filmaciones no se entregarán a los medios de información generales ni a publicaciones sin mi consentimiento expreso y por escrito.

CONSENTIMIENTO PARA QUE ME CONTACTEN (Ley de protección al consumidor telefónico (TCPA))

Al proporcionar un número telefónico (línea telefónica terrestre o celular) u otro dispositivo inalámbrico, estoy de acuerdo que para que CHCO o sus profesionales médicos de servicio presten servicio a mi(s) cuenta(s) (incluyendo comunicarse conmigo acerca de los recordatorios de cita, encuestas, obtención de posible asistencia financiera para mi(s) cuenta(s) o para cobrar cualquier cantidad que deba, CHCO, sus agentes, representantes u otros profesionales médicos de servicio pueden comunicarse conmigo al (los) número(s) telefónico(s) provisto(s) lo cual puede resultar en un cargo para mí. Acuerdo expresamente que los métodos de contacto pueden incluir mensajes de texto SMS, llamadas telefónicas, incluyendo tecnología automatizada tales como dispositivo de auto llamada, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificial según corresponda. Este consentimiento aplica a todos los servicios y facturación asociada con mi(s) cuenta(s) y no es una condición para la compra de servicios.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA CON FINES INVESTIGATIVOS

Entiendo que toda la información médica protegida (*Protected Health Information*, PHI -por sus siglas en inglés) que reúnan o los procedimientos que realicen para efectos de investigación quedarán cubiertos por formularios de consentimiento independientes.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI, por sus siglas en inglés)

CHCO puede usar o divulgar mi información médica para tratamiento, pago u operaciones internas. Entiendo que puedo tener acceso a toda la información médica resultante de los servicios de atención médica provistos. CHCO puede compartir mi información médica con el equipo encargado de proporcionarme atención médica en CHCO o en cualquier otra parte para efectos de continuidad de mi tratamiento. CHCO tiene la obligación de informar ciertas afecciones médicas únicas y resultados de análisis clínicos a dependencias externas.

CONTRATO FINANCIERO Y CESIÓN DE BENEFICIOS (AOB, por sus siglas en inglés)

- Me comprometo a responsabilizarme de los copagos, deducibles u otros cargos de CHCO y de los profesionales médicos que nos presten servicios no cubiertos o pagados por nuestra aseguradora u otros pagadores externos, excepto por lo que prohíbe expresamente el convenio entre nuestra compañía de seguros y CHCO o las leyes estatales o federales.
- Autorizo a CHCO para que presente las reclamaciones de pago correspondientes a cualquier parte de las facturas del paciente y cedo todos los derechos y beneficios pagaderos por servicios de profesionales médicos al proveedor u organización que preste los servicios.
- Además, me comprometo, sujeto a lo previsto en las leyes estatales o federales, a pagar todos los costos, honorarios de representación legal, gastos, deudas vencidas e intereses en caso de que CHCO tenga que emprender alguna acción para la cobranza de estos debido a que omite pagar en su totalidad, dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la factura, todos los gastos en los que incurra.
- El plazo de esta cesión de beneficios será hasta que se efectúen los últimos pagos pendientes por todos y cada uno de los servicios.
- Siempre que existan cargos en mi plan de seguro, informaré al personal de CHCO y firmaré un nuevo contrato de admisión.
- Entiendo que no todos los profesionales médicos son empleados de CHCO, y es posible que me facturen sus servicios por separado. Es mi responsabilidad saber cuáles son los profesionales médicos que están cubiertos dentro de mi plan de seguro.

OTROS AVISOS

- Ciertas personas que la Ley de inmunidad gubernamental de Colorado considera empleados públicos pueden prestar servicios de atención sanitaria en CHCO. La Ley de inmunidad gubernamental de Colorado, artículo 10 del Título 24 de los Estatutos Revisados de Colorado, limita la cantidad de daños y perjuicios que se pueden recuperar de entidades y empleados públicos, requiere una notificación formal de reclamación e impone un límite de 180 días para presentar dicha notificación de reclamación.
- Para los servicios clínicos de especialidad o de atención primaria ambulatorios para pacientes externos, este contrato de admisión tendrá validez por un año a partir de la fecha cuando se firme. Para todos los demás servicios se requiere un nuevo contrato de admisión por cada ingreso o prestación de atención (por ejemplo, admisión de paciente hospitalizado o consulta en la sala de urgencias/atención urgente).
- Mi firma a continuación también hace constar que he recibido el documento "Derechos y responsabilidades de los pacientes y los padres de familia", ya sea hoy o en el último año y que recibí el "Aviso de prácticas de privacidad" de CHCO durante mi primera visita al hospital CHCO.



Place Patient Identification Label Here

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

Fecha

Hora

Escriba su nombre en letra de molde _____

Intérprete (en caso necesario)

Parentesco con el paciente

Domicilio del fiador

Ciudad, estado, código postal

NO otorgo mi consentimiento para que se comuniquen conmigo mediante un mensaje de texto SMS (servicio de mensajería breve) ni que se envíen recordatorios de citas automáticamente, según corresponda.

(Iniciales aquí) _____

NO otorgo mi consentimiento para participar en servicios mediante telesalud.

(Iniciales aquí) _____

Para excluirse de las encuestas de satisfacción al paciente, sírvase notificárselo al personal del mostrador de información.

El consentimiento telefónico para CHCO requiere un testigo ante la conversación del consentimiento:

1) _____ 2) _____
Nombre del personal quien obtiene el consentimiento telefónico/Título/Fecha Nombre del testigo/Título/Fecha



Place Patient Identification Label Here