&TUJNBEP QBESF P UVUPS MFHBM

'BWPS EF GJSNBS MPT EPDVNFOUPT BEKVOUPT Z FOUSÏHV
FTDVFMB QBSB RVF FMMPT OPT MPT WVFMWBO B FOWJBS

4J VTUFE QSFGJFSF FOWJÈSOPTMPT QPS GBY FM OÞNFSP

&TUPT EPDVNFOUPT OPT EBO QFSNJTP EVSBOUF VO B×P Q
EF UFMFNFEJDJOB NJFOUSBT FTUÏ FO MB FTDVFMB 4F GJS
MMBNBSFNPT FO DBEB DPOTVMUB JOEJWJEVBM QBSB PCUF

&M GPSNVMBSJP EF EJWVMHBDJØO EF JOGPSNBDJØO i3FM
JOUFSDBNCJBS JOGPSNBDJØO EF MBT DPOTVMUBT EF UFM
FTDPMBS &TUF DPOTFOUJNJFOUP FT WPMVOUBSJP

4J UJFOF QSFHVOUBT OP EVEF FO DPNVOJDBSTF DPO FM
DPOTVMUPSJP QFEJÈUSJDP FO (PMJTBOP $IJMESFOhT)PTQ

`(SBDJBT

$8725,=$&,&21168/7$
'(TELE0(',&,1$

SH 419TELE MR

‹52

RR DONNELLEY

D 2PLWGLHUWDHOVGHHVFtGLHPRKVLVWRpUGLDRR[DPHtQVLFXRHSXGLHVUHSXQUVRQDGHHQWDHGRV
E 6ROLFLWDU QRpSGHLUFVRRTQXDHD DEDQGRQHH H[DPHQ GHTtWGHHOHPP1HGLFLQD

1A

8502109837

1A

RR DONNELLEY

STRONG MEMORIAL HOSPITAL
("STRONG")

ACUERDO DE ATENCIäN MŽDICA AL PACIENTE

SMH 660S MR

‹31S¤
20

☐ Paciente Interno (Inpatient)
☐ Paciente Ambulatorio (Outpatient)
☐ Emergencia (ED)

Al firmar abajo, estoy de acuerdo con toda atenci°n m•dica prove—do por Strong o por mis profesionales tratantes:

1. Autorizaci°n para tratamiento: Si soy el paciente, doy mi consentimiento a procedimientos y a la atención médica, incluyendo fotografías y grabaciones, que recomiendan mis profesionales tratantes. Si firmo por el paciente, quien no puede firmar, autorizo los procedimientos y atención médica, incluyendo fotografías y grabaciones, que los profesionales tratantes recomiendan para el paciente. Si se me pregunta, informaré que tengo la autorización del paciente.
2. Divulgaci°n de informaci°n de historial cl—nico: los profesionales del hospital Strong y URMC/Strong pueden utilizar y divulgar información de salud del paciente para el tratamiento, pago y operaciones de la atención médica de la salud del paciente. Autorizo la divulgación de esta información a agencias de gobierno (como Medicare y Medicaid), compañías de seguro, planes de salud, agentes de revisión de la utilización de servicios médicos, asistencia médica residencial, institución de vida asistida, hogar de ancianos y proveedores principales de atención médica.
3. Responsabilidad financiera: Pagaré sin demora toda proveída atención medica del hospital y de profesionales. Si la factura no se paga en tiempo seré responsable por los honorarios del cobro, honorarios legales, costes del tribunal e intereses.
4. Tercera parte pagadora: Proveeré sin demora la información de potenciales seguros. Esto incluye, planes de seguro, seguros de todo riesgo y seguro de responsabilidad civil. Autorizo al hospital Strong y a los profesionales de URMC/Strong el envió de facturas de toda atención médica proveída a las compañías responsables de cubrir el pago. Si Strong o un profesional no envía la reclamación para la fecha limite por yo no haber proveído la información en tiempo, pagaré por la atención médica aunque si hubiera tenido cobertura.
5. Medicaid y otra asistencia: Si no puedo pagar, los consejeros financieros de Strong pueden ayudarle en reunir los requisitos necesarios para obtener Medicaid u otra asistencia. Asistiré con la solicitud y proveeré la necesaria información. Mi solicitud se podría negar si no proveo la información a tiempo.
6. Cuidado Caritativo (***Charity Care***): Strong tiene un programa de Charity Care para personas que reúnen los requisitos necesarios quienes no tienen segura médico o no puedan pagar la factura. Tal vez tenga que solicitar Medicaid y cumplir con otros requisitos. (para más información llame al (585) 341-0023).
7. Cesi°n de seguro a todo riesgo: POR LA PRESENTE CEDO A STRONG Y URMC TODOS LOS DERECHOS, PRIVILEGIOS Y REMEDIOS DE LOS CUALES TENGO DERECHO BAJO EL ARTİCULO 51 (CLAUSURA DE SEGURO DE TODO RIESGO) DE LA LEY DE SEGUROS. ESTE ACUERDO SE HARÁ INVÁLIDO SI EN CUALQUIER MOMENTO SE DETERMINA QUE LOS BENEFICIOS NO SE PUEDEN PAGAR DEBIDO A LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS; FALTA DE COBERTURA, INCUMPLIMIENTO DE UNA CLAUSURA DE LA POLIZA O DETERMINACIÓN QUE LOS TRATAMIENTOS/SERVICIOS BRINDADOS NO SE RELACIONAN AL DICHO ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO. CUALQUIER PAGO SEGÚN ESTA CESIÓN NO DEBERÁ DE EXCEDER LOS COSTOS PERMISIBLES DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA BAJO DICHO ARTİCULO 51. URMC Y STRONG CERTIFICAN QUE NO HAN RECIBIDO NINGÚN PAGO DE O EN REPRESENTACIÓN DE LA PARTE AFECTADA Y DE NO PERSEGUIR EL COBRO DIRECTAMENTE DE LA PARTE AFECTADA POR SERVICIOS PROVEİDOS DEBIDO A LOS DAÑOS SUFRIDOS EN RELACIÓN AL ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO.
8. Estimaci°n de costos: un estimado de costos de la atención médica se pueden obtener llamando al (585)756-8548. Los profesionales y el personal del hospital no tienen autorización de cotizar el costo de la atención médica o de negociar el precio.
9. Efectos personales: los profesionales del hospital Strong y URMC no son responsables por daños o pérdida de efectos personales.
10. Derechos del paciente: Si se me hospitaliza, recibiré información sobre mis derechos como paciente.
11. Al dar de alta: Cooperaré completamente con todo esfuerzo por parte de STRONG al tramitar que se me dé de alta con seguridad y a tiempo. Proveeré toda necesaria información financiera y personal requerida para planificar la salida de alta y solicitaré por Medicaid u otra asistencia necesaria para pagar pos-atención médica del hospital y para facilitar que se me dé de alta.
12. Designaci°n del cuidador: (Paciente Hospitalizado solamente). Yo entiendo que puedo designar un cuidador o cuidadores que se incluirán en mi planificación de alta. Si me identifico un cuidador, entiendo que mi médico va a recibir información e instrucciones sobre la atención post-alta.

Firma	Fecha	Relaci°n al paciente (Padres, tutor, conyugue, paciente, etc.)

A COMPLETAR POR PERSONAL:

No se obtuvo firma debido a:

☐ Condici°n/capacidad del paciente
☐ Sin representante
☐ Rehus° firmar

Directivas para atenci°n m•dica:

☐ Poder especial para atenci°n m•dica
☐ Testamento en vida Nombre del agente de cuidado de Salud _____
☐ DNR/MOLTS Ordenes de no resucitar
☐ Ninguno ☐ Se desconoce N×m. tel•fono del agente de cuidado de Salud: _____

8202013020