



&TUJNBEP QBESF P UVUPS MFHBM

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

4J VTUFE QSGJFSF FOWJESOPTMPT QPS GBY FM OBNFSP

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

&M GPSNVMB SJP 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)PTC

`(SBDJBT



\$ 8725, = \$ & , 2 2168 / 7 \$

' (TELE 0 (' , & , 1 \$

SH 419TELE MR

52

RR DONNELLEY

D 2 P L V G I H W D H V C S H H V t G L P B K L V W R p G L D R R [D P H Q V L F X R S X G L H U H S G U V R Q D G P H Q Q M D H G R V
E 6 R O L F L W D U Q P S G L L F R R Q X I O D E D D Q G B G H H [D P H Q G H T V G H O G P H G L F L Q D

STRONG MEMORIAL HOSPITAL
 ("STRONG")
ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA
AL PACIENTE
SMH 660S MR

-31S*
 20

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

1A

RR.DONNELLEY

Al firmar abajo, estoy de acuerdo con toda atención médica proveído por Strong o por mis profesionales tratantes:

1. Autorización 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. Divulgación de información de historial clínico: los profesionales del hospital Strong y URM/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 médica 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 URM/Strong el envío 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 límite 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 ayudarme en reunir los requisitos necesarios para obtener Medicaid u otra asistencia. Asistiré con la solicitud y proveeré la necesaria información. Mi solicitud se podrá 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 seguro 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. Cesión de seguro a todo riesgo: POR LA PRESENTE CEDO A STRONG Y URM TODOS LOS DERECHOS, PRIVILEGIOS Y REMEDIOS DE LOS CUALES TENGO DERECHO BAJO EL ARTÍCULO 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 EXCEDER LOS COSTOS PERMISIBLES DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA BAJO DICHO ARTÍCULO 51. URM Y STRONG CERTIFICAN QUE NO HAN RECIBIDO NINGÓN PAGO DE O EN REPRESENTACIÓN DE LA PARTE AFECTADA Y DE NO PERSEGUIR EL COBRO DIRECTAMENTE DE LA PARTE AFECTADA POR SERVICIOS PROVEÍDOS DEBIDO A LOS DAÑOS SUFRIDOS EN RELACIÓN AL ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO.
8. Estimación 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 URM 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. Designación 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 _____

Relación al paciente
 (Padres, tutor, conyugue, paciente, etc.) _____

A COMPLETAR POR PERSONAL:

No se obtuvo firma debido a:

- Condición/capacidad del paciente
- Sin representante
- Rehusó firmar

Directivas para atención médica:

- Poder especial para atención médica
- Testamento en vida Nombre del agente de cuidado de Salud _____
- DNR/MOLTS Ordenes de no resucitar
- Ninguno Se desconoce Nxm. teléfono del agente de cuidado de Salud: _____

8202013020

Según las leyes vigentes, todo paciente tiene los siguientes derechos:

Entender y aprovechar estos derechos. Si el paciente no los entiende o si necesita ayuda, el hospital está OBLIGADO a brindarle ayuda, incluso con un intérprete.

Recibir tratamiento sin discriminación por edad, raza, color de piel, religión, sexo, identidad o expresión de género, nacionalidad, discapacidad, orientación sexual o fuente de pago.

Recibir cuidado respetuoso en un ambiente limpio y seguro, y sin restricciones innecesarias.

Recibir atención médica de emergencias si es necesaria.

Saber el nombre y el puesto del médico encargado de su cuidado en el hospital.

Saber los nombres, puestos y las responsabilidades de todo el personal del hospital que le cuida y denegar los tratamientos, exámenes y observaciones.

Quedarse en una habitación de no fumadores. (El Hospital Strong es una zona sin humo y tabaco y de no fumadores.)

Recibir información completa sobre los diagnósticos, tratamientos y pronosis.

Recibir toda la información que necesita para dar consentimiento informado para cualquier procedimiento o tratamiento ofrecido. Esta información debe incluir los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.

Recibir toda la información necesaria para dar consentimiento informado para una orden de no resucitar. También tiene el derecho a designar a una persona quien pueda dar este consentimiento en su nombre si el paciente no es capaz de hacerlo. Si desea tener más información, se le puede proporcionar con el folleto "Órdenes de No Resucitar - una Guía para Pacientes y sus Familias."

Denegar tratamiento y ser informado de los efectos que le puede generar en la salud.

Denegar participar en cualquier estudio de investigación. Tiene el derecho a una explicación completa para decidir si quiere participar o no.

Mantener protegida la confidencialidad personal y la de su información y registros médicos.

Participar en todas las decisiones sobre el tratamiento y el alta del hospital. El hospital está obligado a provisionarle al paciente con un plan de alta impreso e instrucciones impresas del proceso de apelación del alta.

Revisar sus registros médicos y obtener copias de los mismos, por lo cual el hospital puede cobrarle al paciente un honorario razonable. No le puede negar al paciente una copia del registro por no poder pagar este honorario.

Recibir una factura detallada y una explicación completa de todos los cargos. <http://www.hhs.gov/ohrt/2013/08/08/2013-08-08-ohrt-000001-11>