

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por la presente doy mi consentimiento para la administración y la práctica de tal tratamiento médico y los procedimientos diagnósticos como se considera recomendable durante el curso de mi hospitalización por mi médico de cabecera/médicos de emergencia o su designado(s). Este Consentimiento General para el Tratamiento es válido para todos los servicios auxiliares de los pacientes externos proporcionado por el Kishwaukee Community Hospital (KCH) / Valley West Community Hospital (VWCH) por el periodo de un (1) año a menos que sea revocado por el paciente.

Entiendo que el hospital es una institución que proporciona oportunidades para entrenamiento médico, enfermería, y salud de estudiantes aliados. Estos programas de entrenamiento son proporcionados por el Hospital solamente y/o con la cooperación de otras instituciones. Entiendo que el tratamiento y el cuidado que me proporcionan en el hospital KCH/VWC puede envolver a un estudiante o más trabajando bajo la supervisión directa de mi médico(s) y/o el designado(s) autorizado(s) o enfermeras registradas y terapeutas asignados a mi cuidado.

DAR A CONOCER INFORMACIÓN: Por la presente autorizo a KCH/VWCH para dar a conocer a las compañías de seguros médicos, grupo de seguros del empleador, plan de salud, programa de Medicaid/Medicare, sus compañías de seguro médico o intermediarios, y agencias externas autorizadas de revisión, cualquier registro médico y otra información con relación a este tratamiento, incluyendo este registro autorizado del paciente, para procesar reclamos de seguro y dirigir la utilización de revisión de los procedimientos. Comprendo completamente que la información/documentación para ser revelada puede incluir información sensible tal como información de evaluación/tratamiento para la salud mental, desarrollo de incapacidad, VIH y/o alcohol/sustancias de abuso/o usar a menos que fue revisado específicamente para exclusión: salud mental, uso/abuso de sustancias, VIH, desarrollo de incapacidad

Yo autorizo la liberación de información médica a proveedores de continua asistencia médica incluyendo el cuidado de casa, hospicio, habilidades de cuidado, proveedores de equipo médico durable y servicios de Rehabilitación para el propósito de evaluar, planificar y proporcionando el seguimiento de mi cuidado justo al dar de alta del hospital.

SERVICIOS MÉDICOS: Entiendo que soy responsable de las finanzas por el servicio profesional del radiólogo(s), patólogo(s), cardiólogo(s), anesthesiólogo(s), y otros cargos médicos que no son cobrados por el hospital. **Los médicos que proporcionan atenciones son practicantes independientes y no son empleados ni agentes de KCH/VWCH.** Por la presente autorizo a mi tercer grupo de seguro para que paguen directamente a las personas mencionadas arriba o sus servicios de corporación. Por la presente doy mi autorización para que se otorgue la información requerida por el seguro / agencias de cobros de las compañías arriba mencionadas. _____ (iniciales del paciente)

MEDICARE: Si yo soy un paciente ingresado beneficiario del Medicare, mi firma sólo reconoce que he recibido una copia de "Un Mensaje Importante de Medicare" del KCH/VWCH y no renuncio a ninguno de mis derechos para una petición a la revisión o que me haga responsable de cualquier pago. Si deseo ejercitar mis derechos para una petición de revisión, por el PRO, debo recibir una notificación indicándome que "Mi Seguro No Cubre."

QUEJAS O AGRAVIOS: Preocupaciones, reclamos, o quejas sobre su cuidado (o sobre el cuidado que recibió) pueden ser dirigidos a cualquier persona del personal del hospital, el Director del Departamento o Supervisores del Hospital. Usted también puede marcar "0", y la operadora del hospital dirigirá su llamada al lugar apropiado para dirigir o resolver sus preocupaciones. También puede contactar al Departamento de Salud Pública de Illinois, 217.782.4977, 525 W. Jefferson St., 5th Floor (quinto piso), Springfield, IL 62761, TTY 800.547.0466; o la Comisión del Tutor y Defensa, 815.987.7657; o el Comité Conjunto, 1.800.994.6610 o (complaint@jointcomission.org) a pesar de si o no haber notificado al hospital de su preocupación. Información adicional de los derechos del paciente esta ubicada en el folleto de los derechos del paciente, o en el sitio electrónico del hospital (kishhospital.org o vwch.org). _____ (Iniciales del Paciente)

CONTRATO DE FINANZAS Y GARANTÍA DE PAGO: Por medio de la presente asigno todos mis derechos y reclamos de reembolso al KCH/VWCH bajo cualquier Medicare, Medicaid, o alguna otra póliza de seguro para cual los beneficios de pago estén disponibles por el servicio proporcionado. Me comprometo a pagar al KCH/VWCH el balance de la deuda por los cargos que no fueron cubiertos por el seguro mencionado arriba (excluyendo aquellos cargos que no estén en conformidad con las reglas de Medicare para ser colectados). Esto puede incluir el costo de colección y/o los honorarios razonables de abogado que no exceden el horario común de usura del Estado. Esto también puede incluir revisión de mi reporte de crédito. El hospital tiene una obligación de obtener información de crédito basada sobre el hecho que los servicios fueron proporcionado que les permitirá la colección de la cuenta y mi autorización para estos servicios crea una tramitación de consumo válido.

- Estoy de acuerdo en proporcionar al hospital con un numero de teléfono válido (celular, inalámbrico, y/o línea de casa) para permitirnos a nosotros y/o nuestros agentes o contratistas independientes del consentimiento de recibir llamadas para cualquier factura y propósitos de colección.
- Me han enterado de que esta información sobre las pólizas de las facturas de mi pago, están localizadas en la Guías del Paciente.

EXIMIR LA RESPONSABILIDAD PARA LOS OBJETOS DE VALOR: Entiendo que el hospital no asume la responsabilidad para pertenencias personales que no son puestos en la caja fuerte del hospital.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de KCH/VWCH hoy o desde abril 14, 2003 que proporciona una descripción completa de como se utiliza y se comparte mi información de la salud.

Firma _____ Fecha _____

Relación _____ Testigo [Witness] _____

Si es firmado por otra persona que el paciente o el consentimiento no se pudo obtener, marque la razón:

- Paciente sin-reacción Paciente confundido/desorientado Paciente ha sido sedado Otro:

KISHWAUKEE HEALTH SYSTEM

Kishwaukee & Valley West Community Hospitals [7/05, 9/06, 7/07, 2/09, 12/09, 2/11]

KHS6000\ptcareclinical\pp\patientauthorizationrecord+ pg 1 of 1

PATIENT AUTHORIZATION RECORD

Inpatient / Outpatient