

## **ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA (CONSENT TO MEDICAL CARE AGREEMENT)**

Gracias por buscar atención en Northwestern Medicine, el sistema integrado y académico de salud de Northwestern Memorial HealthCare, que incluye hospitales y proveedores ("NM"). Este Acuerdo de Consentimiento para Atención Médica autoriza a Northwestern Medicine (NM) a proporcionarle atención médica, compartir su información médica y recibir el pago por el servicio prestado. Para obtener una lista de todas las ubicaciones y proveedores de NM, visite NM.org, llame a nuestro número telefónico principal (312.926.2000) y solicite una lista de Referencia de Médicos, o envíe un correo electrónico a PhysicianReferral@nm.org. Salvo en caso de emergencia, debe firmar este formulario antes del tratamiento.

### **1. CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS GENERALES**

A. Doy mi consentimiento para el diagnóstico, la atención médica y el tratamiento que he acordado recibir y que se considera necesario o recomendado por mi(s) proveedor(es), incluyendo el tratamiento y los servicios a través del uso de tecnologías de telesalud, como las comunicaciones telefónicas e interactivas audiovisuales y otros cuidados virtuales (por ejemplo, las comunicaciones de My Chart). Entiendo que para los servicios que recibo utilizando tecnologías de telesalud puedo estar en un lugar diferente al del proveedor. Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de mi examen o tratamiento.

*Si estoy embarazada, entiendo que todas las disposiciones de este acuerdo se aplican a mi/s hijo/s recién nacido/s para su atención médica y tratamiento.*

B. Comprendo que la misión de NM incluye capacitar a proveedores de atención médica. Por ello, médicos (como "residentes" y "becarios"), enfermeras y otros profesionales sanitarios "en formación" pueden participar en mi atención y tratamiento.

C. Comprendo que el término "proveedores" incluye, entre otros, mis médicos tratantes y de consulta, los médicos del Departamento de Emergencias, radiólogos, anestesistas, otros especialistas y proveedores de práctica avanzada a quienes emplean estos médicos. Algunos de los médicos y sus proveedores de atención médica asociados son médicos independientes que no son empleados ni agentes de NM, pero que tienen permitido usar las instalaciones de hospitales de NM para la atención y el tratamiento de sus pacientes. Los hospitales de NM no controlan ni dirigen la atención que les da un médico a sus pacientes.

D. Acepto que todos los números de teléfono y direcciones de correo electrónico que proporcione a NM pueden ser usados por NM o por quienes actúan en su nombre para comunicarse conmigo por teléfono (incluso teléfono celular), mensajes de texto no cifrados o algún otro mensaje automatizado o pregrabado. Comprendo que dichos mensajes de texto no cifrados pueden ser interceptados por personas no autorizadas y entiendo y acepto el riesgo de utilizar comunicaciones no cifradas. Si no deseo recibir mensajes de texto no cifrados o llamadas telefónicas, puedo escribir por correo electrónico a nmappts@nm.org y pedir que me retiren de la lista.

E. Comprendo que NM no será responsable de la pérdida, destrucción o robo de los bienes personales que lleve conmigo a NM. Asumo plena responsabilidad, y eximo de responsabilidad a NM, de mis bienes personales. **POR LA PRESENTE RENUNCIO A MI DERECHO A EXIGIR RECLAMACIONES Y EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD A NM POR LA PÉRDIDA, DESTRUCCIÓN O ROBO DE CUALQUIER PROPIEDAD PERSONAL QUE TRAIGA CONMIGO A NM.**

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR  
ATENCIÓN MÉDICA  
(CONSENT TO MEDICAL CARE AGREEMENT)**

- F. Comprendo que no puedo tomar fotografías ni grabar videos ni audios de mi atención, otros pacientes, empleados de NM, proveedores y estudiantes en las instalaciones de NM. Comprendo que ciertas áreas y salas de las instalaciones de NM pueden estar equipadas con videovigilancia para la seguridad y protección de los pacientes. También entiendo que se pueden hacer grabaciones de audio de las interacciones que tengo con ciertos proveedores para mejorar la documentación médica y otras operaciones de atención médica.
- G. Comprendo que la misión de NM incluye la investigación para fomentar el conocimiento y los adelantos médicos. La investigación en NM sigue un proceso especial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente y la privacidad de los que participan. Puedo hablar con mis proveedores que participan en mi atención respecto a oportunidades de investigación en NM. Si prefiero que alguien que no sea parte de mi atención no se comunique conmigo para informarme sobre oportunidades de participar en investigación, puedo pedir que NM me retire del registro de contactos al comunicarme con la Oficina de Investigación de NM al 630.933.6528. Consulte en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM una explicación de la manera en que NM cumple las leyes de privacidad aplicables en actividades de investigación.
- H. Comprendo que la misión de NM incluye la investigación. Comprendo que NM puede usar o compartir mis tejidos o líquidos corporales sobrantes con fines educativos y de investigación según la ley.

**2. MI INFORMACIÓN MÉDICA**

- A. Mi información médica incluye información de diagnóstico, pruebas de laboratorio, medicamentos, alergias, historial y evaluación, planes de tratamiento, progreso o presencia en el tratamiento, notas clínicas, resúmenes de alta y otros registros relacionados con mi tratamiento. Acepto que NM puede crear grabaciones e imágenes que contengan mi información médica para fines de tratamiento, educación y operaciones de NM, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM.
- B. Si soy una paciente obstétrica, comprendo que NM puede usar y divulgar mi información médica para la atención y el tratamiento de mi hijo o hijos recién nacidos, para los pagos relacionados y las operaciones de NM. Comprendo que mi información médica se incluirá en los expedientes médicos de mis hijos recién nacidos.
- C. La Ley sobre la Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), (HIPAA) de 1996 es una ley que protege la privacidad y la seguridad de mi información médica en cualquier parte de los Estados Unidos. Existen otras leyes federales, además de las leyes del estado de Illinois, que protegen la información médica "delicada", que incluye la información relacionada con el VIH/SIDA; la salud conductual o mental; discapacidades del desarrollo; tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (alcohol o drogas); pruebas y asesoría genéticas; inseminación artificial; agresión/abuso sexual; abuso doméstico de un adulto con una discapacidad, abuso y negligencia infantil; y si soy menor de edad, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y uso de anticonceptivos.
- D. Si la ley exige mi consentimiento, acepto que NM pueda usar y divulgar mi información médica delicada a proveedores de NM y a volver a divulgar fuera de NM mi información médica delicada para fines de tratamiento, pagos y operaciones de NM, lo que incluye la coordinación de la atención, de la misma forma que la HIPAA le permite a NM usar o divulgar mi otra información médica para esos fines y según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM. Comprendo que los fines de pago incluyen divulgar mi información médica a cualquier plan de salud, Medicare, Medicaid u otro programa gubernamental u otro pagador que le identifique a NM.

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR  
ATENCIÓN MÉDICA  
(CONSENT TO MEDICAL CARE AGREEMENT)**

- E. Si la ley exige mi consentimiento, también acepto que NM pueda además volver a divulgar, mi información médica delicada, según lo permitido por la ley HIPAA, 1) a investigadores para fines de investigación y según lo describe el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM; 2) a reguladores para los informes exigidos de enfermedades u otros informes de acuerdo con la legislación estatal; y 3) a proveedores que no pertenezcan a NM para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los proveedores "que no pertenecen a NM" pueden incluir, entre otros, al Hospital Infantil Ann & Robert H. Lurie de Chicago (*Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago*) y sus filiales. Dichos proveedores que no pertenecen a NM también pueden incluir a proveedores que participan con NM en programas que permiten el intercambio de información médica entre proveedores para fines de tratamiento o coordinación de la atención, lo que incluye, entre otros, eHealth Exchange y, cuando mi proveedor de NM recurre a Epic y su expediente médico electrónico, el programa Epic Care Everywhere® según se describe más adelante en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM, Epic Connect, EpicCare® Link y Epic Carequality. Puedo elegir no participar en el programa Epic Care Everywhere® si se lo indico al encargado del registro en el consultorio de mi proveedor o si me comunico con NMCareEverywhereAssistance@nm.org.
- F. Acepto que los consentimientos y permisos establecidos en esta Sección 2 se aplican a toda mi información médica delicada en posesión de NM, incluida la información relacionada con la atención recibida antes o después de la fecha de este formulario. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento según se describe en esta Sección 2 al proporcionar un aviso por escrito a NM a las direcciones proporcionadas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM. Comprendo que, si revoco mi consentimiento, NM no utilizará ni divulgará mi información delicada (a menos que lo permita la ley) para selección con fines de investigación y me retirará del programa Epic Care Everywhere® y otros programas de información médica cuando sea posible. Sin embargo, también entiendo que, si revoco mi consentimiento, ello no se aplicará a los usos y divulgaciones de mi información médica que haya realizado NM antes de mi revocación ni, salvo lo establecido más arriba, a la información médica que sea parte de mi expediente antes de mi revocación. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar cualquier información sensible sobre mi salud que vaya a ser utilizada o divulgada.

**3. CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS FINANCIEROS**

- A. Acepto que soy financieramente responsable y acepto pagar los servicios, suministros y uso de las instalaciones de NM para que me proporcione atención médica y comprendo que NM me cobrará la tarifa aplicable en cada lugar en el que reciba atención médica. Si decido que mi seguro médico le reembolse a NM mi atención médica, doy permiso para que NM le facture a dicha aseguradora y actualice esa información según sea necesario. Comprendo que la cobertura de seguro varía y que es posible que mi aseguradora no pague todo o pueda pagar solo una parte de mi factura. Si mi aseguradora tiene un acuerdo con NM, entonces, salvo los copagos, coaseguros o deducibles aplicables, no seré responsable de los cargos por encima de la tarifa que hayan acordado mi aseguradora y NM. También comprendo que es posible que mi aseguradora deniegue el pago de servicios que esta decida que no son "médicamente necesarios" o que son "experimentales". Aunque NM tomará las medidas razonables para apelar estas denegaciones, comprendo que soy responsable del pago de los servicios denegados por mi aseguradora. Si decido que NM le facture a mi seguro médico el pago de mi tratamiento, cedo a NM todos mis derechos para que reciba el pago de mi aseguradora médica o plan de salud. Si mis beneficios de salud se proporcionan a través de un plan de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (*Employee Retirement Income Security Act*)(*ERISA*) por el presente documento cedo, transfiero y establezco todos mis derechos, títulos e interés como beneficiario del plan de *ERISA* a NM, con respecto a mi tratamiento y atención.

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR  
ATENCIÓN MÉDICA  
(CONSENT TO MEDICAL CARE AGREEMENT)**

También nombro a NM como mi representante autorizado y concedo a NM un poder limitado para recibir información de la cobertura del plan y apele cualquier derecho de pago y beneficios de atención médica. Acepto colaborar y proporcionar la información necesaria para que NM compruebe mi elegibilidad para mis beneficios del seguro. Si reclamo beneficios en virtud del Título XVIII (*Title XVIII*) de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) (Medicare), por el presente documento certifico que la información que proporciono al solicitar el pago de dichos beneficios es correcta, y autorizo a NM a divulgar a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios o aseguradoras, toda la información necesaria para este o cualquier reclamo relacionado con Medicare. Aunque puedo ceder mi derecho a recibir pagos de mi aseguradora, comprendo y acepto que NM puede exigir el pago directamente a mí.

B. Según lo exigido por la Ley de Facturación Justa al Paciente (*Fair Patient Billing Act*), comprendo que:

1. Puedo recibir facturas separadas de proveedores de NM por los servicios que me han prestado.
2. Es posible que no todos los proveedores participen en los mismos planes y redes de seguros. Los servicios prestados por proveedores no participantes en un plan o red de seguros se definen como servicios "fuera de la red". Entiendo que puedo tener una mayor responsabilidad financiera por los servicios fuera de la red. Comprendo que es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía aseguradora para determinar si NM es un proveedor participante de mi plan o red de seguro.
3. Cualquier pregunta que tenga sobre la cobertura de mi seguro médico o niveles de beneficios debe dirigirse a mi plan de salud, a mi empleador o al certificado de cobertura de mi seguro. NM no puede garantizar que mi plan cubrirá todos los servicios.

C. Si no tengo seguro médico o tengo dificultad para pagar mi factura de NM, NM brinda opciones de ayuda financiera, incluso atención gratuita, atención con descuento o planes de pago sin intereses. La información sobre el programa de ayuda financiera de NM, los criterios de calificación o si mi proveedor ofrece o no asistencia financiera están disponibles en la Asesoría Financiera de NM o a través de mi proveedor.

Comprendo que este consentimiento vencerá en tres (3) años a partir de la fecha en que se firme este documento. Reconozco que este consentimiento se aplicará a todos los encuentros con pacientes dentro de NM durante 3 años a partir de la fecha en que se firme, a menos que sea revocado antes. Entiendo que si firmé anteriormente un consentimiento con mayores restricciones, este consentimiento sustituye al anterior, a menos que se indique lo contrario. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en su totalidad antes del vencimiento de 3 años, mediante una notificación por escrito a NM. Asimismo, entiendo que la revocación no se aplicará a ninguna acción realizada en virtud de este consentimiento y antes de la revocación.

**He leído, comprendo y acepto este Acuerdo de Consentimiento para recibir Atención Médica (*Consent to Medical Care Agreement*). Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y no tengo más preguntas en este momento. Comprendo que puedo acceder a información adicional. Comprendo que NM no puede cumplir los cambios que yo pueda hacer a este documento.**

Hora (Time)	Fecha (Date)	Nombre/firma del paciente para pacientes de 12 años o más ( <i>Patient Name/Signature for patients age 12 or over</i> )
Hora (Time)	Fecha (Date)	Firma de (marque una) ( <i>Signature of [circle one]</i> ): Padre Tutor Representante legal ( <i>Parent Guardian Legal Representative</i> )
Hora (Time)	Fecha (Date)	Testigo/Firma ( <i>Witness/Signature</i> )