

# Mi consentimiento para recibir atención médica

Gracias por buscar atención de Northwestern Medicine, el sistema de salud académico integrado de Northwestern Memorial HealthCare, que incluye hospitales y médicos ("NM"). Este Acuerdo de consentimiento para recibir atención médica autoriza a NM a proporcionarle atención médica, compartir su información médica y recibir pago por los servicios prestados. Para ver una lista de todos los centros y médicos de NM, visite [NM.org](http://NM.org). A menos que se trate de una emergencia, debe firmar este formulario antes de recibir tratamiento.

## 1. CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS GENERALES

- A. Doy consentimiento para el diagnóstico, atención médica y tratamiento que he acordado recibir y que mi médico y otros proveedores de atención médica consideran necesarios o recomiendan. Comprendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de mis exámenes o de mi tratamiento. *Si estoy embarazada, comprendo que todas las disposiciones de este acuerdo se aplican a mi hijo o hijos recién nacidos para su atención médica y tratamiento.*
- B. Comprendo que la misión de NM incluye capacitar a proveedores de atención médica. Debido a esto, los médicos (como "residentes" e "internos"), enfermeros/as y otros profesionales de atención médica "en capacitación" pueden participar en mi atención y en mi tratamiento.
- C. Comprendo que la misión de NM incluye promover nuevos conocimientos. Mi médico o investigadores pueden comunicarse conmigo para analizar oportunidades de investigación que pudieran ser de mi interés. Es mi decisión aceptar participar. Si prefiero que no se pongan en contacto conmigo, puedo comunicarme con NM para que se me retire del registro de contactos (630.933.6528).
- D. Comprendo que los "médicos" incluyen, entre otros, mis médicos tratantes y de consulta, los médicos del Departamento de Emergencias, radiólogos, anestelistas, otros especialistas y proveedores de atención médica asociados 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 le da un médico a sus pacientes.
- 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.
- F. Acepto que todos los números de teléfono y direcciones de correo electrónico que proporcione a NM pueden ser usados por esta institución o por quienes actúan en su nombre para comunicarse conmigo por teléfono (incluso teléfono celular), mensaje de texto o cualquier otro mensaje automático o pregrabado.
- G. Comprendo que no puedo tomar fotografías ni grabar videos o audios de mi atención, otros pacientes, empleados de NM, médicos y estudiantes en las instalaciones de NM.
- H. Comprendo que la misión de NM incluye la investigación. Acepto que NM puede usar y compartir mis tejidos o líquidos corporales sobrantes con fines educativos y de investigación, con o sin mi identificación personal, según la ley.

# Mi consentimiento para recibir atención médica

- I. Comprendo que NM puede comunicarse conmigo para hablar de mis intereses filantrópicos. NM proporciona atención a los pacientes independientemente de la capacidad de pago del paciente. NM está comprometido con la salud de las comunidades a las que atiende al ofrecer una amplia gama de programas y servicios. Si prefiero que no se pongan en contacto conmigo para hablar de mis intereses filantrópicos, puedo comunicarme con NM para que se me retire del registro de contactos (312.926.2033).

## 2. MI INFORMACIÓN MÉDICA

- A. Acepto que NM puede crear grabaciones e imágenes que contengan mi información de salud 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(s) hijo(s) recién nacido(s), para los pagos relacionados y las operaciones de NM. Comprendo que mi información médica se incluirá en los expediente médicos de mi(s) hijo(s) recién nacido(s).
- C. La Ley sobre la transferibilidad y responsabilidad de los seguros médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 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 "especial", 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 y/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 especial dentro de NM para fines de tratamiento, pago y operaciones de NM de la misma forma que la HIPAA y otras leyes le permiten 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.
- E. Si la ley exige mi consentimiento, también acepto que NM pueda además volver a divulgar mi información médica especial (1) a investigadores para fines de investigación de acuerdo con la ley 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 Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago y sus afiliados, además de proveedores que participan en el programa Epic Care Everywhere® como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de NM (a menos que haya elegido no participar en el programa Care Everywhere), EpicCare® Link, Epic Carequality o programas similares para el intercambio de información médica entre proveedores con fines de tratamiento. Puedo elegir no participar en el programa Epic Care Everywhere® si se lo indico al encargado del registro en el consultorio de mi médico o si me comunico con [NMCareEverywhereAssistance@nm.org](mailto:NMCareEverywhereAssistance@nm.org).
- F. Acepto que los consentimientos y permisos establecidos en esta Sección 2 se aplican a toda mi información médica especial en posesión de NM, incluida la información relacionada con la atención recibida antes o después de la fecha de este formulario. También entiendo que puedo revocar los consentimientos establecidos en esta Sección 2 al proporcionar un aviso por escrito a NM y comprendo que, si revoco mis consentimientos, ello no se aplicará a los usos y divulgaciones de mi información médica que NM ya haya realizado antes de mi revocación. Eso significa que mi información médica especial se convertirá en parte de mi expediente médico electrónico y permanecerá en ese expediente incluso si revoco mi consentimiento. Los permisos que he dado en la Sección 2 vencerán en un (1) año a partir de la fecha en que firme este formulario, a menos que informe de un cambio por escrito a NM. Comprendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar mi información médica especial que se utilizará o divulgará.

# Mi consentimiento para recibir atención médica

## 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 para 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 la necesidad. Comprendo que la cobertura de seguro varía y que es posible que mi aseguradora no pague todo o puede 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 niegue el pago de servicios 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. Si mis beneficios de salud se proporcionan a través de un plan de 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. También nombro a NM como mi representante autorizado para que reciba 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 de la Ley de Seguro Social (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, comprendo que:
1. Puedo recibir facturas separadas de médicos de NM por los servicios prestados a mí.
  2. Es posible que no todos los médicos participen en los mismos planes y redes de seguro. Los servicios prestados por proveedores no participantes en un plan o red de seguro se definen como "servicios fuera de la red". Comprendo que es posible que yo tenga una mayor responsabilidad financiera por 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 mi cobertura de seguro de salud o niveles de beneficios debe dirigirse a mi plan de salud, 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 médico u otros proveedores ofrecen asistencia financiera está disponible en la Asesoría financiera de NM o a través de mi médico.

# Mi consentimiento para recibir atención médica

**He leído, comprendo y acepto este Acuerdo de consentimiento para recibir atención médica. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y no tengo más preguntas en este momento. Comprendo que puedo acceder a información adicional.**

---

Hora	Fecha	Nombre/Firma del paciente para pacientes mayores de 12 años de edad
------	-------	---

---

Hora	Fecha	Firma del: padre/madre Tutor Representante legal (marque una opción con un círculo)
------	-------	--

---

Hora	Fecha	Testigo/Firma
------	-------	---------------

Place patient label here

SAMPLE ONLY - NOT FOR SIGNATURE