

**Formulario de autorización de registro**

Acepto todos los procedimientos, atención hospitalaria y tratamiento que mi médico me ha ordenado. Mi médico puede recibir ayuda de otros profesionales de salud.

Mi médico puede cambiar mi atención para mejorar mi vida o mi salud.

Bronson posee un registro médico electrónico que permite compartir mi información con aquellos que necesiten acceder a esta para proveer, coordinar o gestionar mi atención.

**Me comprometo a:**

- Hacer preguntas. Nadie ha hecho promesas sobre mi tratamiento o atención.
- Se les pueden hacer pruebas a los tejidos, las partes corporales o las muestras, o pueden ser usadas para fines de investigación. Las mismas serán desechadas con respeto.
- Los estudiantes o el personal pueden acceder a mis registros médicos y de tratamiento para fines de enseñanza o investigación. No se publicará información que me identifique a menos que exprese mi conformidad.
- Si voy a dar a luz, mi médico y otros proveedores de salud pueden atender a mi bebé.

**Entiendo que:**

- El personal verificará quién soy. Me preguntarán qué he hecho. El objetivo es protegerme.
- El personal del hospital puede publicar o mencionar mi nombre a menos que yo marque la casilla "NO".  NO
- Tengo derechos y responsabilidades cuando recibo servicios. Esta información me ha sido proporcionada. Algunos médicos y su personal no son empleados de Bronson. Estos incluyen:
  - Radiólogos
  - Patólogos
  - Anestesiólogos
  - Médicos de la sala de urgencias
- Sé que Bronson no es responsable por sus acciones.
- Se puede hacer una prueba de VIH (virus del SIDA) u otra prueba de sangre sin mi consentimiento después de que alguien que me haya ayudado en mi cuidado quede expuesto a mi sangre u otros fluidos corporales. Un ejemplo de esto sería un corte en la piel.
- Pueden revisar mi persona y mis pertenencias. Este procedimiento puede ocurrir si hay una creencia razonable de que usted tiene elementos o sustancias que pueden dañarlo a usted mismo o a otros. Nos tomamos muy en serio la seguridad de nuestros pacientes y personal.
- Podrán notificar de mi ingreso a mi médico de atención primaria.

**Información médica:** Entiendo que Bronson puede divulgar mis registros a:

- Compañías de seguros, planes de salud y procesadores de reclamos.
- Mi médico y otras personas involucradas en mi cuidado.
- Mi empleador si los servicios son solicitados por este.
- Cualquier persona o entidad responsable de pagar la totalidad o parte de mi factura.
- Abogados de Bronson y sus representantes.
- Entiendo que esto puede incluir información sobre el abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales, VIH o enfermedades relacionadas.

**Asignación de derechos:** Asigno a Bronson todos los derechos para facturar los servicios que recibo. Le otorgo a Bronson todos los derechos para procurar el pago de mis facturas. Esto significa que Bronson puede, por ejemplo:

- Enviar mis facturas a las compañías de seguros y planes de salud. Comunicarse con ellos con el fin de recibir el pago.
- Apelar ante la denegación de pago o una determinación adversa de beneficios.
- Presentar una demanda para obtener el pago de una factura.
- Participar en cualquier demanda o acción relacionada con mi factura.
- Esto incluye aplicar todos los costos, intereses, multas y honorarios de abogados permitidos por la ley. Renuncio a todos los derechos de negociar, liberar o retener dinero para mi factura de Bronson. Renuncio al derecho de tomar cualquier medida que comprometa el pago o el reembolso de mi factura de Bronson.



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

**Mis otras autorizaciones y acuerdos:**

- Acepto asistir a Bronson para obtener mis beneficios de seguros. Proporcionaré a Bronson mi número de teléfono particular o celular.
- Acepto recibir llamadas telefónicas pregrabadas de Bronson, sus abogados o sus representantes a cualquiera de estos números de teléfono.
- También doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o correos electrónicos de Bronson, sus abogados o sus representantes usando cualquiera de los números de teléfono o direcciones de correo electrónico que yo provea. Entiendo que no es necesario mi consentimiento para recibir tratamiento.
- Acepto permitir que Bronson se comunique con el gerente de Obstetricia en \_\_\_\_\_ (hospital de derivación) para actualizar el estado de mi bebé, a menos que marque la casilla “No”  NO

**Mi responsabilidad de pago:**

- Soy responsable de pagar todos los cargos de Bronson que no cubra mi seguro.
- Puede haber una diferencia entre los cargos de Bronson y los montos que paga el seguro. Soy responsable de pagar la diferencia.

Acepto proporcionarle a Bronson toda la información del seguro y toda la información financiera sobre mi capacidad de pago. Entiendo que soy responsable de:

- Copagos
- Cargos no cubiertos
- Deducibles
- Algunos medicamentos

- Entiendo que incluso si estoy en una cama de Bronson, pueden considerarme un paciente ambulatorio. Entiendo que puedo recibir facturas de radiólogos, patólogos, anesthesiólogos o médicos de la sala de urgencias.
- Entiendo que soy responsable de pagar estas facturas si no están cubiertas por mi seguro. Bronson no tiene la responsabilidad de pagarlas.
- Confirmando que la información que doy a Bronson es correcta.

**Objetos de valor:**

- Bronson alienta a los pacientes a dejar los objetos de valor en casa o con un familiar.
- Sé que puedo depositarlos en una caja de seguridad cuando ingreso.
- Acepto que Bronson no es responsable por los objetos de valor que no están depositados en esa caja de seguridad.

He leído este formulario. Todas mis preguntas han sido contestadas.

Los cambios o las alteraciones de este formulario no son vinculantes para Bronson Healthcare Group o sus entidades afiliadas.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Interpreter’s Statement**

I have interpreted this consent form to the patient, a parent, closest relative or legal guardian.

Voice/Video Service: \_\_\_\_\_ Interpreter ID #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Interpreter Name (printed): \_\_\_\_\_ Agency: \_\_\_\_\_

Interpreter Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_