



Incluyendo Northern Medical Group y Northern Urgent Care

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El paciente se presenta para recibir atención o servicios y por la presente consiente y autoriza a Northern Regional Hospital (NRH) o Northern Medical Group (NMG) o Northern Urgent Care (NUC) a prestar dicha atención, aceptando permitir que los tratamientos y/o procedimientos y/o estudios de diagnóstico (la "Atención al Paciente") se realicen según lo ordenado por el médico/proveedor tratante y los asociados, asistentes o estudiantes que se consideren necesarios (aprobados por NRH y/o el Proveedor de acuerdo con las políticas de NRH aplicables). Si el paciente abandona el centro o la clínica en contra del consejo del médico tratante, se acuerda que lo mismo se hará a riesgo del paciente y NRH o NMG o NUC quedan exonerados de toda responsabilidad a la salida del paciente, y el paciente y/o su representante acuerdan eximir a NRH o NMG o NUC de cualquier reclamación que surja de la salida del paciente o de la Atención al Paciente.

1. CERTIFICACIÓN DE MEDICARE Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

El paciente y/o representante certifica que cualquier información proporcionada al solicitar el pago bajo el Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social es verdadera y correcta. Se solicita el pago de los beneficios autorizados que se realizarán en nombre del paciente a los médicos de la clínica basada en el hospital NRH o NMG por el programa Medicare o Medicaid.

2. CESIÓN DE BENEFICIOS

El paciente y/o representante autoriza el pago directamente a NRH, NMG, médicos empleados en el hospital, médicos de urgencias, radiólogos, anestesiólogos, patólogos y/o el proveedor de atención, de cualquier hospital, servicio de ambulancia/EMS u otra práctica médica, por los beneficios del seguro médico que de otro modo se pagarían al paciente. Sin embargo, dichos pagos no deben exceder el saldo adeudado a dicho proveedor de servicios en función de los cargos regulares por dichos servicios. El abajo firmante acepta ceder todos los derechos y reclamos de pago del paciente en virtud de cualquier plan de seguro médico con el que esté inscrito en Northern Regional Hospital y en cualquier otro proveedor de tratamiento. El abajo firmante designa a Northern Regional Hospital, a los otros proveedores de tratamiento y/o a sus agentes como el "representante autorizado" del paciente para actuar en su nombre en la búsqueda de pago por los servicios prestados. Si el abajo firmante paga más de lo adeudado por esta visita médica, el abajo firmante acepta que el excedente se puede utilizar para pagar cualquier factura impaga acumulada en cualquier instalación del Northern Regional Hospital.

3. ACUERDO DE GARANTÍA DE PAGO

El abajo firmante garantiza incondicionalmente el pago de la factura del hospital y del médico que surja de la Atención al Paciente. El abajo firmante reconoce además lo anterior y es el paciente y/o representante para ejecutar las condiciones anteriores y acepta sus términos.

4. COMUNICACIONES

Doy mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto, incluidas, entre otras, las comunicaciones relacionadas con la facturación y el pago de artículos y servicios a cualquier número de teléfono proporcionado, en el que pueda ser contactado, a menos que notifique al hospital y/o al consultorio del proveedor lo contrario por escrito. Las llamadas y los mensajes de texto incluyen, entre otros, mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales, dispositivos de marcación telefónica automática u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto o por cualquier otra forma de comunicación electrónica para el hospital, afiliados, contratistas, proveedores de servicios, proveedores clínicos, abogados o sus agentes, incluidas las agencias de cobro.

5. AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El paciente y/o representante acusa recibo del "Aviso de Prácticas de Privacidad".

6. DIRECTIVAS ANTICIPADAS Y DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Por la presente, el paciente y/o su representante acusan recibo o abogan por el paquete informativo de Directivas Anticipadas de NC y los Derechos del Paciente.

7. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR

Por la presente, el paciente y/o su representante reconocen que NRH no puede aceptar la responsabilidad por los objetos de valor personales y libera a NRH de la responsabilidad por los artículos perdidos, robados o dañados durante la estadía del paciente en NRH. Además, el paciente y/o representante consiente en permitir que el personal de NRH busque y cree un registro de sus objetos de valor y/o pertenencias según sea necesario.

Por la presente certifico que he leído lo anterior y que soy el paciente y/o estoy debidamente autorizado como agente o representante del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

FIRMADO _____ **(SELLO)** _____ **RELACIÓN** _____

TESTIGO _____ **FECHA** _____ **HORA** _____

Si no está firmado, razón por la cual no se obtuvo el reconocimiento:

Name:
Acct #:
Unit #:
Adm Date:
Room: DOB:
Physician:

071425