

Lexington Regional Health Center/Family Medicine Specialists/Medical Clinic/Elwood Clinic/Bertrand Clinic
Lexington, NE 68850/Elwood, NE 68937/Bertrand, NE 68927

CONDICIONES DE SERVICIO

AUTORIZACIÓN PARA DAR TRATAMIENTO

1. Sabiendo que estoy sufriendo de una condición que requiere de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico, doy mi consentimiento para tal procedimiento ya diagnosticado, cuidado en el hospital y procedimiento quirúrgico como ha sido sugerido por mi médico y sus designados.
2. Tengo por entendido que no se me han dado garantías en cuanto al resultado del tratamiento o exanimación hechos aquí en el hospital.
3. Las partes o tejidos que sean extraídas de mi cuerpo durante cirugía pueden estar a la disposición del Lexington Regional Health Center de acuerdo a la práctica acostumbrada.
4. Cualquier narcótico o medicina que sea para mi uso, estará bajo la supervisión del hospital o clínica, y estoy de acuerdo que tales narcóticos o medicinas estén en posesión del hospital y sean administradas de acuerdo a sus reglamentos.

CONSENTIMIENTO PARA TELEMEDICINA – Por la presente doy mi consentimiento para el uso de servicios de telemedicina incluyendo pero no limitado a e-Emergencias o e-Doctores y a otros servicios consultativos según ordenado por mi proveedor que me está atendiendo. Yo entiendo que el proveedor de telemedicina estará en un lugar diferente de mí. Yo entiendo que yo puedo rechazar los servicios de telemedicina a cualquier momento sin que esto afecte mi derecho cuidado o tratamiento futuro y cualquier beneficio del programa al cual tenga derecho no se me puede quitar. Si yo rechazo el servicio de telemedicina otras alternativas serán discutidas incluyendo pero no limitando al ser transferido a otra facilidad médica. El Personal de Lexington Regional Health Center usará video en tiempo real para transmitir o compartir los detalles necesarios de mis antecedentes médicos, exámenes, rayos X, exámenes, fotografías u otras imágenes con el proveedor de telemedicina. Video o audio durante la consulta NO se grabará. La misma protección de confidencialidad que aplica a mi otro cuidado médico también aplica para el servicio de telemedicina. Tengo acceso a toda información médica resultante de la consulta de telemedicina según lo dispuesto por la ley.

AFILIACIÓN EDUCATIVA - Tengo entendido que el Lexington Regional Health Center y su clínicas esta afiliado con varias instituciones educativas, y estoy de acuerdo a participar en la educación de los profesionales del cuidado de la salud incluyendo pero no limitado a médicos y enfermeras. Estoy de acuerdo que en todo tiempo, estudiantes me rindan sus servicios siempre y cuando sean supervisados por el médico a cargo u otra persona autorizada.

FOTOGRAFIA - Entiendo que existe la posibilidad que se me tomen fotografías, videograbaciones, u otras imágenes, incluyendo digitales, para documentar mi tratamiento, y estoy de acuerdo con esto. Entiendo que Lexington Regional Health Center y su clínicas retendrá los derechos de propiedad de estas fotografías, videograbaciones, u otras imágenes, incluyendo digitales, pero se me permitirá tener acceso a ellas, ya sea para revisarlas u obtener copias. Entiendo que estas imágenes serán archivadas confidencialmente para proteger mi privacidad y que se mantendrán archivadas por el espacio de tiempo requerido por la ley o según sea descrito en la política del hospital. Las imágenes que me identifiquen podrán ser entregadas y/o usadas fuera de esta institución solamente con una autorización por escrito por mí o por mi representante legal.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER HISTORIAL MEDICO - Yo autorizo a Lexington Regional Health Center y su clínicas para obtener/transferir mi historial físico de las Farmacias y/o Administración de beneficios de farmacia. Esto permite a mi medico revisar la interacción de drogas de cualquier medicamento nuevo el/ella me recete y para facilitar recetas de farmacia electrónicas.

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE INMUNIZACIONES - Autorizo a Lexington Regional Health Center ya sus entidades a intercambiar mis registros de inmunización con el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nebraska. (NESIIS)

DECLARACIÓN DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de la notificación de las prácticas de privacidad del Lexington Regional Health Center y su clínicas versión# 8

BENEFICIOS DE MEDICARE - Declaración para permitir que se le pague de mi parte al proveedor, médicos, y pacientes por los beneficios de Medicare: Yo pido que de mi parte, se paguen los beneficios autorizados por Medicare por los servicios rendidos a mi por o en el hospital y su clínicas incluyendo los servicios médicos.

CONTRATO FINANCIERO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA - La persona que firme este formulario asigna y autoriza el pago al Lexington Regional Health Center, su clínicas, y a sus médicos, de todos los beneficios de aseguranza, incluyendo cargos por gastos mayores, pero no excediendo cargos regulares. La persona que firme este formulario es reponsable por cargos no cubiertos de acuerdo a esta asignación.

ADMISIONES QUE LA ASEGURANZA NO CUBRE - Algunos planes de aseguranza tienen ciertas regulaciones de admisión para pacientes externos/internos que están excluidas de la cobertura. Si su expediente indica que su admisión al hospital es una en la cual no se le permite beneficios de aseguranza, por favor entienda que todas las cuentas incurridas durante su estancia en el hospital serán su responsabilidad financiera.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR - El Lexington Regional Health Center no se hace responsable por su dinero, cosas, de valor dentaduras, joyas, lentes ni ropa que estén en el cuarto del paciente, incluyen- do todos los artículos personales. Se tiene por entendido, que el hospital tiene una caja fuerte para guardar su dinero y objetos de valor, y no se hace respon-sable por la pérdida de o el daño hecho a su dinero u otros objetos de valor incalculable, a menos que hayan sido puestos bajo nuestro cuidado.

Proporcionándonos su teléfono fijo o su número (s) de celular, usted nos da consentimiento a nosotros, a nuestros agentes, y a nuestros agentes de colección para comunicarse con usted en estos números o cualquier otro número que obtengamos más adelante para usted, y para dejar mensajes personales o pregrabados con referencia a algunas cuentas o servicios. Para mejor eficiencia, las llamadas pudieran ser llevadas a cabo por un marcador automático. El proveernos su número o el número de celular no es una condición para que usted reciba nuestros servicios.

Reconozco que he recibido una copia de mis Derechos de Paciente, incluyendo los derechos de visita, la información sobre las Políticas de Pago y Directivas Anticipadas, de Lexington Regional Health Center. E información de Medicare/Champus cuando corresponda.

LA PERSONA FIRMANDO ESTE DOCUMENTO CERTIFICA QUE EL/ELLA HA LEIDO SU CONTENIDO, Y ES UN PACIENTE O ESTA AUTORIZADO POR EL PACIENTE DE LLEVAR A CABO Y ACEPTAR LAS CONDICIONES YA DESCRITAS.

Le doy permiso a LRHC y sus entidades para enviar mensajes de texto a mi teléfono móvil y contractarme por correo electrónico. Yes No

Fecha & Hora: _____

Firma del paciente

Testigo: _____

Relación con el paciente

Nombre del paciente/Label