



**BOONE COUNTY HEALTH CENTER
AND MEDICAL CLINICS**
723 West Fairview Street
P.O. Box 151
Albion, NE 68620

Patient Name: _____

DOB: _____

MR#: _____

FIN#: _____

Acuerdo de servicio de paciente- Hospital

- 1. Consentimiento médico:** por la presente solicitud y consentimiento a rutina y hospital de emergencia y atención médica para mí (y mi hijo recién nacido en casos de maternidad), incluyendo todos los exámenes, de pruebas (incluyendo la prueba del VIH se describe a continuación), la sangre transfusiones, terapias y otros procedimientos que mis doctores y sus asistentes o personal del hospital que considere necesario o apropiado. Cualquier tejido extirpado puede eliminarse por centro de Salud Condado de Boone (BCHC) en su manera habitual. Reconozco que no se han hecho ninguna garantía en cuanto los resultados de tal hospital y asistencia médica. Entiendo que yo (o del paciente) tengo derecho a rechazar el tratamiento y que mi firma a continuación no es un consentimiento para cualquier procedimiento cirugía médico o especial. El médico o un miembro del personal de enfermería puede pedir que firme un formulario de confirmación de consentimiento para el procedimiento recomendado y alternativa para el procedimiento. Pacientes anima se a insistir en que cualquier información adicional y necesaria para tomar una decisión informada para consentir a o rechazar el tratamiento. En el caso de que un trabajador de salud tenga contacto directo con mi sangre o fluidos corporales, el hospital debe evaluar si el trabajador ha estado expuesto a cualquier enfermedad infecciosa con los resultados de la prueba a las personas con una necesidad de saber. Al firmar este formulario, también acepto todos los términos y condiciones descritas a continuación.
- 2. Consentimiento GENERAL para la prueba del VIH :** Pruebas para VIH (inmunodeficiencia humana virus) Se puede hacer si un empleado del Condado de Boone Clínicas y Centro de Salud viene en contacto directo con la secreción del paciente, (sangre o el esputo ,etc.) Esto es lo que llamamos un incidente de la exposición. VIH es el virus que causa las infecciones de VIH que eventualmente sigue al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Una persona desarrolla SIDA cuando la sistema inmunodeficiencia tiene tanto daño que la no puede rechazar la enfermedad o infección. Pruebas están disponibles para determinar la presencia del anticuerpo en la sangre. Una prueba resultada en el negativo, enseña que los anticuerpos VIH no se encuentran en la sangre. Una prueba positiva del anticuerpo del VIH indica que la exposición era anterior al virus y que usted tiene anticuerpos del VIH en su sangre y que alguien se puede infectar por contacto sexual compartiendo de jeringas, o de madre a bebe durante el embarazo. La prueba no te puede decir si eventualmente puedas desarrollar signos de la enfermedad relacionado al VIH, o sí que tan serio la enfermedad pueda ser. Un proveedor le informar de los resultado de la prueba y le proveer consúl apropiado. Además, una persona que busca una prueba de VIH, tiene el derecho a permanecer anónimo. Un proveedor de salud será confidencialmente y referir a tal persona un situó que suministrará pruebas anónimos. Yo entiendo que la prueba para la presencia de VIH se puede realizar, debajo de esta condición general de admisión cuando se considera adecuado por mi proveedor de salud sin firma de consentimiento adicional para la prueba específico para VIH. **Por favor inicia para el consentimiento para la prueba del VIH en el evento de exposición_____ (Iniciales)**
- 3. Los estudiantes y aprendices :** Entiendo que médico, de enfermería y otros aprendices de salud pueden asistir a atención al paciente o menos que yo solicite específicamente lo contrario.
- 4. Fotografías :** Pueden tomar fotografías para fines de identificación y tratamiento sin obtener el consentimiento o autorización por escrito.
- 5. Divulgación de información :** Entiendo que BCHC puede revelar todo o cualquier parte de mi expediente médico o cualquier persona o entidad que puede ser responsable por cualquier porción de los gastos incurridos. Entiendo que BCHC puede en cualquier momento (divulgar información de la salud con respecto a mi salud actual o posterior.) a los expedientes médicos de esta hospitalización y cualquier médicos o otros profesionales de la salud (y su personal)
- 6. Autorización para acceder a información de la historia de tratamiento:**
Autorizo al Condado de Boone, y clínicas para acceder a información sobre medicamentos recetados histórico. Si esta autorización es rechazada, esta práctica no puede recetar medicamentos controlados a mi. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que es revocado por mí en la escritura.



**BOONE COUNTY HEALTH CENTER - HOSPITAL
PATIENT SERVICE AGREEMENT**

Patient Name: _____ DOB: _____ MR#: _____ FIN #: _____

7. **Continuación de Paciente Externo:** en algunos casos el tratamiento adecuado de una condición médica requiere de continuar el tratamiento o diagnóstico sobre un curso del externo y repetidas visitas. En tales casos, la solicitud, consentimiento y acuerdos en este documento se aplicarán a todas las visitas repetidas y todo continuo diagnóstico y tratamiento para la condición misma.
8. **Objetos de valor PERSONAL :** Entiendo que objetos de valor deben estar confiados a un miembro de la familia o en casa. Yo incondicionalmente libero y mantengo inofensivo BCHC de toda responsabilidad por cualquier pertenencia traída al centro de salud del Condado de Boone.
9. **Aviso de la disponibilidad de médico:** BCHC es un hospital de acceso crítico proveer para las necesidades de atención médica de sus pacientes a través de personal competente, plenamente capacitados que están disponibles 24 horas al día. Sin embargo, BCHC no proporciona disponibilidad in situ de un médico 24 horas al día, 7 días por semana. A veces cuando no hay ningún médico presente, pacientes con emergencias de salud serán evaluados y tratados por personal médico calificado, con médicos disponibles por teléfono o la página a BCHC. Pacientes también pueden ser transferidos a otro hospital cuando sea necesario.
10. **Directivas anticipadas:** Por favor **inicial** que fue proporcionado la información ____
11. **Aviso de prácticas de privacidad:** Me dieron el aviso de prácticas de privacidad de BCHC (*paciente o responsabilidad del partido, piden inicial una línea más abajo*)
____ durante este ambulatorio de admisión hospital o visita de hospital externo
____ durante un anterior BCHC encuentro **o**
____ Me niego el aviso de prácticas de privacidad
Certifico que he leído o me han leído el contenido de este formulario. Entiendo y acepto voluntariamente sus términos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y cualquier pregunta han sido respondidas de manera satisfactoria. Si estoy firmando para otra persona, represento que tengo potestad para hacerlo.
12. **Religión:** si tienes una afiliación religiosa, ¿te gustaría tu pastor/Ministro notificada de su admisión al hospital?
Por favor compruebe ____ Si ____ No
En caso afirmativo, por favor díganos quien es su pastor/Ministro: _____
Pueblo _____
Si no tienes una afiliación religiosa, ¿quieres ser visitado o contactado por servicios pastorales durante esta estancia o al despido? Si _____ No _____
13. **Asignación de beneficios:** por la presente asigno a BCHC, para servicios proporcionados por BCHC y su empleado o otros que trabajan bajo contrato o acuerdo con BCHC, toda cobertura o otros beneficios disponibles en cualquier programa de gobierno, cualquier póliza de seguro o plan y cualquier otro programa de beneficio, y ordeno que todos los beneficios sean pagados directamente al BCHC. Además asigno y dirigo pago a todos los médicos de prestación de servicios a mí en BCHC y facturación por separado de sus servicios, todos los beneficios disponibles para los servicios de estos médicos y a sus empleados y cobertura. Estoy de acuerdo que el hospital y el médico pueden recibir los pagos de beneficios directamente y descarga el programa asegurador o beneficio en la medida de dichos pagos directamente. Cualquier saldo a favor resultando del pago de beneficios o de otras fuentes pueden ser aplicados a cualquier otra cuenta debido por mí o el que suscribe. Los beneficios asignados incluyen, pero no se limitan a, todos los beneficios para todos medicina y seguro de hospitalización, seguro de accidentes, discapacidad o pérdida de tiempo seguro, Medicare, Medicaid y CHAMPUS, beneficios a los sistemas de entrega alternativos tales como las HMO y PPO o derivados de reclamaciones enfermedad compensación o la ocupación de trabajador; a que soy, o mis bienes, tendrán derecho a causa de cualquier juicio, asentamiento, o demanda o causa de acción por daños y perjuicios contra cualquier persona o organización si fuera yo lastimado. Esta asignación no puede ser revocada en cuanto los servicios prestados durante esta hospitalización o curso de diagnóstico y tratamiento.



**BOONE COUNTY HEALTH CENTER - HOSPITAL
PATIENT SERVICE AGREEMENT**

Patient Name: _____ DOB: _____ MR#: _____ FIN #: _____

- 14. **Acuerdo de pago:** Pago es debido a la recepción y se convierte en delinciente en el 1^{er} día del mes siguiente. La instalación reserva el derecho de evaluar una carga delinciente y calculada diariamente de partir a el 1^{er} día del mes siguiente la fecha de la factura, a la tasa del 1% al mes hasta que se recibe el pago por el fondo, sobre las cantidades no pagadas al centro por la fecha de vencimiento. El paciente deberá pagar puntualmente al centro de todos los cargos de delincuencia. La instalación reserva el derecho de evaluar un cargo de \$25.00 para cualquier cheque que se devuelve al centro. Salvo renuncia por escrito por el fondo, todos los pagos se aplicarán primero a delincuencia y cheques devueltos, si cualquier. Se aplicaran condiciones de pago mensual mínimo.

- 15. **Acuerdo financiero:** Estoy de acuerdo con prontitud y plenamente pagar todos los cargos por servicios y materiales proporcionados por el hospital, los médicos y otros servicios en acuerdo con sus términos y tarifas regulares. Por este medio personalmente obligo a paciente y también personalmente me obliga si firmo como el paciente, el cónyuge del paciente, o el padre de un paciente menor de edad, para el pago de todos estos cargos a los precios regulares en la medida que no son cubiertos por el seguro y acepto pagar los cargos que, por cualquier razón, no son puntualmente pagados por seguro. Entiendo que es mi responsabilidad para obtener las autorizaciones previas requeridas por la aseguradora y otros pasos para calificar para cobertura de seguro. Se determinara si mi aseguradora requiere pre certificación antes de recibir servicios de hospital. Ningun indulgencia y ningún intento de extensión puede obtener el pago del seguro o sus fuentes y ningún retraso o falta de diligencia en la recopilación de dichos cargos renunciar o liberar de la obligación financiera personal conforme al presente. Presto mi consentimiento para cualquier número de teléfono figuran en mi archivo (incluyendo celulares) para ser utilizado en un esfuerzo para cobrar esta deuda. Proporcionando mi número de teléfono a **Centro de salud del Condado de Boone y clínicas médicas** en cualquier momento durante nuestra relación de negocio, yo estoy de acuerdo *que el Centro de salud del Condado de Boone y clínicas médicas*, sus afiliados y agentes, se expresó por escrito consentimiento para comunicarse con mi en estos números de cuenta relacionados con razones. Yo también acepto ser contactado a través de mensajes de texto, marcador automático de llamadas, vivo o mensajes pregrabados. Yo acepto ser contactado por alguno o todos de estos motivos de comunicación si los números de teléfono que proporcione un teléfono de casa, teléfono del trabajo, teléfono del mensaje o cualquier tipo de teléfono móvil/inalámbrica o dispositivo. Si yo opto por proporcionar una dirección de correo electrónico, yo también acepto recibir mensajes de correo electrónico para de cuenta relacionadas con razones.

- 16. **Sólo los pacientes de MEDICARE** -Asignación y certificación: solicito pago de los beneficios autorizados de Medicare en mi nombre para cualquiera de los servicios en BCHC y asignar pago a BCHC. Autorizo a cualquier sostenedor de médico o otra información sobre mí para liberar a Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para servicios relacionados. Certifico que la información que he proporcionado a BCHC es verdadera, exacta y completa.

- 17. **Sólo pacientes de MEDIGAP** -Asignación de beneficios MEDIGAP: autorizo el pago de mandato beneficios Medigap a BCHC por los servicios por mí. Autorizo cualquier información médica necesaria para procesar dichas reclamaciones. Hasta revocado, esta declaración se aplica a todas las ocasiones de servicio.

Firma del paciente o Representante Legal Fecha y hora

Relación si diferente a la paciente

Firma del testigo fecha y hora

ACUERDO de garantizar: El abajo firmante, que es una persona que no sea el paciente, cónyuge del paciente o padre del paciente, individualmente se compromete a ser personalmente responsable de las obligaciones financieras establecidas anteriormente y garantiza el pago de esta cuenta.

Firma del garante fecha y hora