

CHILDREN'S SPECIALIZED HOSPITAL  
CONSENTIMIENTOS/ACUERDOS



CHILDREN'S-SPECIALIZED HOSPITAL  
CONSENTS/AGREEMENTS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ (el "Paciente")

- Consentimiento para recibir tratamiento:** Yo, el abajo firmante, autorizo y doy mi consentimiento para que Children's Specialized Hospital y su equipo médico y profesional (el "Hospital") brinden y administren al Paciente todos y cada uno de los tratamientos que se consideren recomendables para la continuidad de la atención. Mi profesional de atención médica ha conversado conmigo sobre lo siguiente: (a) el diagnóstico actual y el ciclo general de tratamiento y terapia; (b) los riesgos, los beneficios y los tratamientos alternativos; (c) los riesgos y los beneficios relevantes de tales tratamientos alternativos; (d) los resultados clínicos si opto por no seguir el ciclo de tratamiento propuesto; y (e) las probabilidades de lograr los objetivos relativos a la atención, el tratamiento y los servicios.
- Ausencia de garantías/situaciones imprevistas:** Soy consciente de que hay ciertos riesgos y peligros vinculados a todos los tratamientos, que podrían derivar en complicaciones u otras consecuencias. También sé que no es posible predecir con certeza los resultados de los tratamientos médicos y las cirugías porque la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Reconozco que el Hospital no me ha dado ninguna garantía ni seguridad respecto al tratamiento del Paciente en el Hospital. Soy consciente de que podrían surgir situaciones imprevistas durante el tratamiento del Paciente prestado por el Hospital que requiriesen más tratamiento que el previsto originalmente.
- Consentimiento para la realización de pruebas:** En caso de que algún proveedor de atención médica o socorrista (incluidos los trabajadores de los servicios médicos de emergencia y los oficiales de policía) que participe en la atención del Paciente esté expuesto a la sangre o los líquidos corporales del Paciente y solicite la realización de pruebas y pida conocer los resultados, doy mi consentimiento para la extracción de sangre con el objeto de analizarla para detectar diversos patógenos de transmisión hemática, incluidos, entre otros, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis B y C. Comprendo y acepto que se me informarán los resultados de los análisis de sangre a mí y al proveedor de atención médica o socorrista expuesto a la sangre o los líquidos corporales del Paciente. En la medida de lo posible, los resultados se informarán sin divulgar el nombre del Paciente.
- Institución educativa:** Comprendo que el Hospital es una institución educativa y que es posible que mi hijo reciba tratamiento por parte de residentes y estudiantes durante su residencia o rotación. Comprendo que los residentes y estudiantes prestan estos servicios bajo una adecuada supervisión.
- Divulgación de información:** Autorizo al Hospital a divulgar la información de salud personal del Paciente, **incluida la información sobre el SIDA, el VIH, los servicios de psiquiatría o psicoterapia, el consumo de drogas o alcohol, la salud conductual, la salud mental y las enfermedades congénitas:** (a) a cualquier proveedor de atención médica que la solicite para prestar otros servicios de diagnóstico, atención o tratamiento, para el pago del proveedor o para llevar a cabo las operaciones de atención médica; (b) a cualquier persona o entidad que pueda ser responsable de facturar o cobrar reclamaciones de servicios médicos o productos provistos por el Hospital conforme a un seguro u otro contrato u obligación; (c) a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable conforme a un seguro u otro contrato u obligación de agencias gubernamentales ante el Hospital o el Paciente (o la familia del Paciente) por los cargos, en su totalidad o en parte, del Hospital o de los médicos o el personal, lo que incluye, entre otros, compañías de seguro, organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), aseguradoras de accidentes y enfermedades laborales u otros terceros pagadores (p. ej., Medicaid, Medicare o Blue Cross); (d) a cualquier agencia gubernamental u otra organización responsable de la supervisión del Hospital o del tercero pagador; o (e) para las operaciones de atención médica normales del Hospital. En caso de que se considere el traslado del Paciente a un establecimiento de atención alternativo, por medio del presente, autorizo al Hospital a divulgar la historia clínica del Paciente a tal establecimiento a los fines de la planificación del alta o la continuación de la atención posthospitalaria.
- Comprendo que, como paciente con cobertura (o tutor legal, según corresponda), tengo el derecho legal a dar mi consentimiento para que mi proveedor de atención médica me represente en la apelación de una determinación adversa de administración de utilización presentada ante el Programa Independiente de Apelaciones de Atención Médica.** (Consulte el documento adjunto: **APELACIONES DE DETERMINACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN**).
- Cesión de beneficios:** Por medio del presente, cedo, transfiero y traspaso al Hospital y sus entidades y proveedores de atención médica relacionados, todas las sumas de dinero o los beneficios a los que yo pueda tener derecho provenientes de agencias gubernamentales, incluidos los programas de Medicare y Medicaid, compañías de seguro,

CHILDREN'S SPECIALIZED HOSPITAL  
CONSENTIMIENTOS/ACUERDOS



CHILDREN'S-SPECIALIZED HOSPITAL  
CONSENTS/AGREEMENTS

HMO u otros que sean financieramente responsables por la hospitalización y la atención médica del Paciente para cubrir los costos de la atención y el tratamiento prestados.

8. **Medicaid:** Autorizo a divulgar al Consejo de Servicios Sociales y a los agentes autorizados toda la información médica o de otra índole que sea necesaria para facilitar mi solicitud de beneficios y para procesar esta reclamación. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.
9. **Medicare/Firma registrada:** Solicito recibir el pago de los beneficios autorizados de Medicare o que tal pago se realice en mi nombre por todos los servicios prestados al Paciente en el Hospital, incluidos los servicios médicos. Autorizo a las personas que posean información médica o de otra índole sobre el Paciente a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes aquella información que sea necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados. He recibido un mensaje importante de Medicare de parte del Hospital en la fecha indicada a continuación. Esto no implica la renuncia a ninguno de mis derechos a solicitar una revisión ni me responsabiliza por los pagos de Medicare de los que de otro modo yo sería responsable.
10. **Acuerdo financiero/Certificación previa:** Acepto pagar al Hospital todos los servicios prestados al Paciente por el Hospital de los que yo sea financieramente responsable, incluidos los deducibles, copagos, coseguros u otros cargos que exija la aseguradora, la HMO u otro plan de beneficios de salud. Comprendo que es mi responsabilidad obtener las certificaciones previas que sean necesarias para que el Hospital brinde tratamiento o servicios y que, de lo contrario, podrían denegarse o reducirse los beneficios de mi compañía de seguros. También comprendo que, si no he suministrado al Hospital información precisa y actualizada sobre mi aseguradora, HMO u otro plan de beneficios de salud (p. ej., Medicare o Medicaid) que me brinde cobertura de atención médica, seré personalmente responsable por el costo de toda la atención a mí prestada por el Hospital y sus médicos. Todas las facturas deben abonarse al momento de su presentación. En caso de no pagar una factura, acepto pagar, además del monto de la factura, los gastos por honorarios razonables del abogado en los que incurra el Hospital para cobrar la factura.
11. **Declaración de derechos del paciente:** Acepto que he recibido una copia de la Declaración de derechos del paciente.
12. **Aviso de prácticas de privacidad:** Acepto que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Hospital.
13. **Autorización de salidas:** Autorizo \_\_\_ No autorizo \_\_\_ al Paciente a realizar, en función de la aprobación médica, salidas recreativas o de reinserción en la comunidad según lo considere adecuado el personal médico.
14. **Autorización de traslados:** Por medio del presente, autorizo al Hospital a trasladar al Paciente para que reciba los servicios necesarios que el Hospital no realice, y para su hospitalización en algún otro establecimiento, de ser necesario.
15. **Información sobre asientos de seguridad para automóviles:** En Nueva Jersey, la ley exige que los niños menores de 8 años o que pesen menos de 80 libras (36 kg) viajen en el asiento trasero asegurados con un sistema de sujeción para niños que cumpla con las normas federales sobre vehículos motorizados. Los niños menores de 8 años que pesen más de 80 libras (36 kg) y los pasajeros de entre 8 y 18 años de edad (independientemente de su peso) deben viajar debidamente asegurados con el cinturón de seguridad. Es responsabilidad de los padres o el tutor respetar la ley. No se permitirá que ningún niño abandone el Hospital, ya sea que haya recibido el alta o por cualquier otro motivo, a menos que esté asegurado mediante un sistema de sujeción para niños adecuado.
16. **Autorización para realizar terapia con mascotas:** Autorizo \_\_\_ No autorizo \_\_\_ al Paciente a participar en el programa de visitas de perros en el Hospital. Comprendo que los perros que visitan a los pacientes han obtenido la certificación de una organización de terapia con mascotas. El Hospital y la organización de terapia con mascotas que les ha otorgado la certificación conservan los registros de vacunas actualizadas y las licencias. A mi leal saber, mi hijo no es alérgico a los perros, ni les teme.
17. **Autorización para tomar fotografías o grabar cintas de video:**  
Otorgo \_\_\_ No otorgo \_\_\_ mi consentimiento para que se tome una fotografía del Paciente con fines de identificación, que se conservará en la historia clínica electrónica del Paciente.  
Otorgo \_\_\_ No otorgo \_\_\_ mi consentimiento para que tomen fotografías, graben en video o graben en cualquier medio (en su conjunto, "Grabación") los procedimientos que se realicen, lo que incluye la Grabación de partes pertinentes del cuerpo del Paciente, para fines internos del Hospital, como la educación médica. Mi consentimiento está basado en el entendimiento de que no se revelará la identidad del Paciente a personas externas al Hospital, ya sea por medio de imágenes o de un texto descriptivo que acompañe a la imagen, sin obtener mi autorización específica.

**CHILDREN'S SPECIALIZED HOSPITAL  
CONSENTIMIENTOS/ACUERDOS**



**CHILDREN'S-SPECIALIZED HOSPITAL  
CONSENTS/AGREEMENTS**

18. **Efectos personales:** Reconozco que Children's Specialized Hospital no es responsable por el extravío o el robo de artículos como videojuegos, teléfonos celulares y reproductores de música, entre otros.
19. Yo, el abajo firmante, en calidad de paciente/madre/padre/tutor legal, autorizo \_\_\_\_ no autorizo \_\_\_\_ al personal médico y al personal de terapia de Children's Specialized Hospital a utilizar el correo electrónico seguro y confidencial para la comunicación de información de salud protegida del paciente indicado con anterioridad. Comprendo que la información puede contener información psiquiátrica, psicológica, genética o sobre el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis.

**Comprendo que este consentimiento/acuerdo es específico para todos los servicios prestados a los pacientes por el Hospital. Este consentimiento/acuerdo se aplica a todos y cada uno de los servicios prestados en el transcurso de la hospitalización o estadía de atención a largo plazo. Comprendo que los pacientes hospitalizados o con una estadía de atención a largo plazo deben completar este formulario en el momento de la admisión, y este formulario se aplicará a todos los tratamientos realizados durante dicha estadía. Comprendo que, para los servicios ambulatorios, este formulario se debe completar en el momento del registro por única vez, una vez por año. En enero de cada año nuevo, se debe completar un nuevo consentimiento/acuerdo.**

Confirmando que he leído y que comprendo cabalmente este formulario, y que se han completado o tachado todos los espacios en blanco antes de que yo lo firme. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y he recibido respuestas completas y satisfactorias a todas mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente/la madre/el padre/el representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la firma)

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la firma)