

CONSENTIMIENTOS/ACUERDOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL



Nombre del paciente: _____ (el "Paciente")

- 1. 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.
- 2. 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.
- 3. 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.
- 4. 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.
- 5. Apelaciones.** 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**).
- 6. 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, 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.
- 7. 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

CONSENTIMIENTOS/ACUERDOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL



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.

8. **Declaración de derechos de pacientes ambulatorios de salud mental:** Acepto que he recibido una copia de la Declaración de derechos de pacientes ambulatorios de salud mental.
9. **Aviso de prácticas de privacidad:** Acepto que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Hospital.
10. **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.

11. **Autorización para tomar fotografías o grabar cintas de video:** 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.
12. **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.
13. Yo, el abajo firmante, en calidad de paciente/madre/padre/tutor legal, ____ autorizo ____ no autorizo al personal médico o al personal de terapia de Children's Specialized Hospital a que me comuniquen por correo electrónico seguro la 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 los servicios de salud mental prestados a los pacientes por el Hospital. Comprendo que este formulario se debe completar en el momento del registro por única vez, una vez por año.

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)