

A. Consentimiento para Examen y Tratamiento

Yo, por este medio, autorizo a los proveedores y empleados del Sistema de Salud Ochsner (“Ochsner”) a brindar tratamiento y servicios médicos, que incluye pero no se limita a realizar y administrar pruebas y procedimientos diagnósticos que se consideren necesarios, incluyendo, pero no limitándose a exámenes de imágenes, pruebas sanguíneas y otros procedimientos de laboratorio que puedan ser requeridos por el hospital, clínica, o puedan ser ordenados por mi médico(s) o personas que trabajen bajo las instrucciones generales o especiales de mi médico(s).

1. Yo entiendo y estoy de acuerdo que este consentimiento cubre todas las personas autorizadas, incluyendo pero no limitándose a médicos, residentes, profesionales de enfermería, asistentes de médicos, especialistas, consultores, enfermeras estudiantes, y médicos contratados independientemente, que sean llamados por el médico encargado, para llevar a cabo los procedimientos diagnósticos y tratamiento médico o quirúrgico.
2. Por la presente autorizo a Ochsner a conservar o destruir cualquier espécimen o tejido, en caso de que quedara alguno de cualquier prueba o procedimiento.
3. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que los proveedores y empleados de Ochsner tomen fotografías, imágenes o videocintas de tales procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o de tratamiento del Paciente que sean requeridos por Ochsner o que sean ordenados por un médico. Yo además declaro y estoy de acuerdo en que Ochsner puede usar cámaras u otros dispositivos para monitorear pacientes.
4. Yo estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de cualquiera de las pruebas, procedimientos o tratamiento.

B. Autorización para Dar Información:

Entiendo que mi compañía de seguros y/o sus agentes pueden necesitar información necesaria para tomar una determinación sobre el pago/reembolso. Por este medio, yo otorgo autorización para dar a todas las compañías de seguros, sus sucesores, cesionarios, otras partes con quien puedan tener contrato u otras que actúan en su nombre, que están involucradas con el pago de cualquier cargo de hospital y/o clínica incurrido por el paciente, cualquier información que ellos soliciten y consideren necesaria para el pago/reembolso y/o revisión de calidad. Autorizo además la divulgación de mi información médica a médicos u otros profesionales de la salud en plantilla que estén participando en mi cuidado médico ahora y en el futuro, y a otros proveedores, entidades, o instituciones del cuidado de la salud para fines de mi cuidado y tratamiento continuo, incluyendo referidos.

C. Certificación y Autorización del Paciente de Medicare para dar información y solicitud de pago: Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago, en conformidad con el Título XVIII del Acta de Seguro Social, es correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otra clase referente a mi persona a dar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o mensajeros cualquier información necesaria para este o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Yo solicito que el pago de beneficios autorizados sea hecho en mi nombre.

D. Asignación de Beneficios de Seguro:

Por la presente autorizo a cualquiera y a todas las compañías de seguros, planes de salud, planes de beneficios definidos, aseguradores de salud o cualquier entidad que sea o que pueda ser responsable del pago de mis gastos médicos a que paguen todos los beneficios médicos y de hospital adeudados ahora y más tarde y pagaderos a mi persona bajo cualquier beneficio de hospital, beneficio por enfermedad, beneficios por lesión, o cualquier otro beneficio por servicios prestados a mi persona, incluyendo Beneficios Médicos Mayores, directamente a Ochsner, y a todos los médicos contratados independientemente. Cedó cualquier y todos los derechos que yo pueda tener contra cualquier y todas las compañías de seguro, planes de salud, planes de beneficios definidos, aseguradores de salud, o cualquier entidad que sea o que pueda ser responsable del pago de mis gastos médicos, incluyendo pero no limitándose a cualquier derecho de apelar la denegación de un reclamo, cualquier derecho a entablar cualquier acción, demanda, procedimiento administrativo, u otro derecho de acción en mi nombre. Yo específicamente cedo mi derecho a entablar litigio contra cualquier y todas las compañías de seguro, planes de salud, planes de beneficios definidos, aseguradores de salud o cualquier entidad que sea o pueda ser responsable del pago de mis gastos médicos basado en una denegación de pagar los cargos.

E. Objetos de valor:

Entiendo y estoy de acuerdo que Ochsner no se hace responsable por el daño o pérdida de cualquier dinero, joyas, documentos, dentaduras postizas, anteojos, aparatos del oído, aparatos prostéticos y otros objetos de valor.

F. Equipo de computadora:

Entiendo y estoy de acuerdo que en caso de que yo elija usar equipo de computadora propiedad de Ochsner o si yo elijo entrar en la Internet por la red de Ochsner, lo hago bajo mi responsabilidad. Ochsner no es responsable por daño alguno a mi equipo de computadora o por daño alguno de cualquier clase que pudiera resultar de la pérdida de mi equipo o datos.

G. Aceptación de Responsabilidad Financiera:

Yo estoy de acuerdo que en consideración de los servicios y suministros que han sido o serán proporcionados al paciente, por este medio estoy obligado(a) a pagar todos los cargos en la cuenta del paciente de acuerdo a las tarifas normales (en efecto al momento en que los servicios y suministros sean recibidos) establecidas por Ochsner, incluyendo su Póliza de Asistencia Financiera al Paciente hasta donde sea aplicable. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos, o porciones de los mismos, que no sean cubiertos por el seguro u otras fuentes. Los reembolsos del paciente serán distribuidos solamente después de que los saldos de cuentas en todas las instalaciones de Ochsner estén pagados.

H. Autorización de comunicación: Por la presente autorizo a Ochsner y a sus representantes, junto con cualquier servicio de facturación o agente de cobros que trabajen para ellos, para que se comuniquen conmigo a mi teléfono celular o de mi casa usando mensajes pregrabados o de voz artificial, dispositivos de discado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto, o por cualquier otra forma de comunicación electrónica. Esto incluye pero no se limita a recordatorios de citas, recordatorios de examen físico anual, recordatorios de cuidado preventivo, campañas de pacientes, llamadas de bienvenida, y llamadas acerca del saldo en mi cuenta o alguna cuenta en la que yo aparezca como garante. Entiendo que tengo el derecho de excluirme de estas comunicaciones en cualquier momento.

I. Relación entre el centro médico y el Médico:

Entiendo que algunos, pero no todos, proveedores que brindan servicios al paciente, no son empleados o agentes de Ochsner. El paciente está bajo el cuidado y supervisión de su médico a cargo, y es responsabilidad del centro médico y su personal de enfermería llevar a cabo las instrucciones de tales médicos. Es la responsabilidad del médico/designado del paciente obtener el consentimiento informado del paciente, cuando se requiera, para tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos terapéuticos o diagnósticos especiales, o servicios de hospital prestados al paciente bajo las instrucciones especiales del médico o su designado.

J. Acuso de Recibo de Información sobre Cesación de Fumar: Certifico que he recibido la hoja de información sobre “Cómo dejar de fumar”.

K. Notificación sobre Normas de Privacidad: Acuso recibo de copia de Notificación sobre Normas de Privacidad de Ochsner.

L. Directorio del Hospital: He hablado con la organización sobre mi deseo de que se me incluya o excluya en el directorio de la instalación. Entiendo que, si mi elección es de optar por no ser identificado en el directorio de la instalación, que la instalación no proporcionará información alguna sobre mí, tal como mi condición (por ejemplo, buena, estable, etc.) o mi ubicación en la instalación (p.ej., número de habitación, departamento).

M. LINKS: Ochsner es un centro participante de LINKS (Red Estatal de Vacunación Infantil de Louisiana). LINKS es un sistema informático confidencial patrocinado por el DSH que le ayuda a usted y a su médico estar al tanto de la historia de vacunación suya y la de su niño. Declaro que le estoy permitiendo a Ochsner compartir esta información con LINKS.

N. PLAZO: Esta autorización es válida para este y subsiguiente cuidado /tratamiento médico que yo reciba en Ochsner y permanecerá válida a menos que o hasta que sea revocada por mí por escrito.

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS POTENCIALES DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Es importante que usted, como paciente o representante(s) legalmente autorizado(s) del paciente, entienda y reconozca lo siguiente, con respecto a la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 ofrecida por Ochsner Health:

- El virus SARS-CoV-2 (“COVID-19”) ha provocado una pandemia mundial sin precedentes que ha movilizado a científicos y fabricantes de medicamentos para trabajar en la creación de vacunas seguras y eficaces que permitan controlar la crisis.
- Ninguna vacuna está disponible en Estados Unidos sin someterse a rigurosas pruebas de varios niveles y a la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- Sin embargo, durante una emergencia de salud pública, la FDA puede liberar las vacunas para su aplicación a los pacientes antes de que se completen los ensayos clínicos multifase y de que estas se aprueben. Para ello, la FDA concede una Autorización de Uso de Emergencia (“AUE”) cuando la vacuna cumple ciertos niveles razonables de seguridad y eficacia y las personas necesitan atención urgente. En virtud de una AUE, la FDA ha considerado que los beneficios conocidos y potenciales son superiores a los riesgos conocidos y potenciales.
- La vacuna para la cual usted acude a Ochsner Health ha sido liberada bajo una AUE, que Ochsner Health está respetando en su distribución de la vacuna al público. Aunque la autorización de la FDA indica su convencimiento de que el uso es recomendable por encima de los posibles riesgos, sigue existiendo la posibilidad de que la vacuna represente riesgos desconocidos.
- Al firmar este documento, usted reconoce y asume estos riesgos. Además, usted renuncia a cualquier reclamación de responsabilidad contra cualquier entidad o proveedor de Ochsner y lo exime de cualquier daño causado a usted por dichos posibles riesgos desconocidos de la vacuna.

He leído y comprendo y reconozco la información y los riesgos mencionados aquí arriba y acepto la renuncia a las reclamaciones descritas anteriormente

O. SISTEMA DE SALUD OCHSNER: Tal como se usa en este documento, Ochsner Health System significa todas las entidades afiliadas a Ochsner incluyendo todos los centros de salud, centros de cirugía, clínicas y hospitales. Incluye, más específicamente, las siguientes entidades: Ochsner Clinic Foundation, una corporación de Louisiana sin fines de lucro, y sus subsidiarias y afiliadas, incluyendo Ochsner Medical Center, Ochsner Clinic, L.L.C., Ochsner Medical Center – Westbank, L.L.C., Ochsner Medical Center - Kenner, LLC, Ochsner Baptist Medical Center, L.L.C., Ochsner Medical Center – Northshore, L.L.C., Ochsner Bayou, L.L.C. d/b/a St. Anne General Hospital, East Baton Rouge Medical Center, L.L.C. d/b/a Ochsner Medical Center – Baton Rouge, Chabert Operational Management Company, L.L.C. como administrador de Leonard J. Chabert Medical Center, Ochsner Health Network, L.L.C., St. Bernhard Operational Management Company, L.L.C. d/b/a Ochsner Health Center-St. Bernhard, Ochsner Urgent Care, L.L.C., Ochsner Urgent Care 1, L.L.C., y Ochsner Medical Center - Hancock, LLC como administrador de Hancock Medical Center.

Ochsner Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or expression.

Ochsner Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad o expresión de género. Llame al 1-833-896-6586

Ochsner Health tuân thủ luật nhân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác khuyết tật, giới tính, nhận dạng giới tính hoặc biểu hiện. Gọi số 1-833-896-6586.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha/Hora

Nombre en letra de molde/Relación con el paciente