

REGISTRACION DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

- 1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO.** Voluntariamente doy mi consentimiento para el cuidado y tratamiento como paciente interno o ambulatorio que realizará mi médico y todos los proveedores de cuidado de salud en la Universidad de Colorado Facultad de Medicina y en los centros de atención de salud. También doy mi consentimiento a los servicios de rutina, procedimientos para diagnóstico, tratamiento médico, y otros servicios de cuidado de salud que sean considerados necesarios por mis proveedores de cuidado de salud que me están tratando ya sea cara a cara o por medio de telehealth, el cuidado de la salud a distancia. Entiendo que tengo la opción de rechazar los servicios de atención de la salud por telemedicina, en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento en el futuro y sin riesgo de pérdida o retiro de cualesquier beneficios del programa. Entiendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar una herida o hasta la muerte. Entiendo que tengo el derecho de consentir o rehusar el consentimiento a cualquier cirugía, procedimiento o tratamiento propuesto, y a discutirlo con mi proveedor de cuidado de salud. También entiendo que en el curso de mi tratamiento médico pueden tomar una o más fotografías de mi piel o herida(s) para ser utilizadas para monitorear mi tratamiento y guiar las intervenciones de los proveedores de cuidado de salud. Entiendo que personas quienes deseen conocer el desempeño de los proveedores de cuidado de salud pueden observar el tratamiento que recibo y doy mi consentimiento para esto, pero tengo el derecho en cualquier momento de rehusar a que esa persona observe y mi rechazo será respetado. Si esta Registración de Paciente y Consentimiento para Tratamiento es firmada como parte de la visita al Departamento de Emergencia o otra visita como paciente ambulatorio, continuará para cualquier admisión relacionada como paciente interno. Entiendo que si estoy participando en un protocolo de investigación y he firmado el formulario de consentimiento del Comité de Revisión Institucional Múltiple de Colorado COMIRB (siglas en inglés), todas las provisiones de esta Registración del Paciente y Consentimiento de Tratamiento debe aplicar a aquellos exámenes y servicios no incluidos dentro del protocolo de investigación.
- 2. AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION.** Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado y a los centros de atención de salud para utilizar información confidencial médica/ quirúrgica o otra información incluida en mi registro médico como sea necesario para reclamos de pagos, administración médica, o con el propósito de revisar la calidad del cuidado. Además autorizó la divulgación y liberación de dicha información confidencial a mi compañía de seguros o a otro plan de cobertura de salud, incluyendo pagos gubernamentales, como sea necesario a los reclamos de pago, administración médica y revisión de calidad de actividades realizadas por dicha compañía o plan, o sus designados. Esta autorización incluye la divulgación del diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el resultado de la prueba de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), información de abuso de alcohol y/o drogas, pruebas genéticas, trastornos congénitos, e información de salud mental. Entiendo que esta autorización de divulgación de información la puedo revocar por escrito en cualquier momento, pero solo con respecto al tratamiento propuesto y no con respecto al cuidado y tratamiento que ya me han sido prestados. Entiendo que tendré acceso a toda la información médica que resulte de los servicios prestados mediante telemedicina. Entiendo que si soy participante en un protocolo de investigación con seres humanos, mi información médica puede ser adicionalmente divulgada a las agencias y personas identificadas en el Formulario de Consentimiento COMIRB.
- 3. EXCENCION DE RESPONSABILIDAD DE VALORES PERSONALES.** Entiendo que la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado o cualquiera de sus centros de cuidado de salud no asumen ninguna responsabilidad por la pérdida o daño de mi propiedad personal.
- 4. ACUERDO DE PAGO Y ASIGNACION.** Excepto cuando sea prohibido entre cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado, Médicos de la Universidad, Inc. (Plan de Práctica de la Facultad) o por la ley del estado o federal, estoy de acuerdo en ser responsable por mis copagos, deducibles y otros cargos por servicios médicos cubiertos o pagados por el seguro o por otros pagadores. Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado y a los Médicos de la Universidad, Inc. presentar cualquier reclamo para pago de cualquier porción de las cuentas de pacientes y asignar todos los derechos y beneficios a la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado y a los Médicos de la Universidad, Inc. según sea apropiado. Además estoy de acuerdo, sujeto a la ley del estado o federal, pagar todos los gastos, honorarios de abogados, gastos de intereses en el caso que la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado y los Médicos de la Universidad, Inc. tomen acción para cobrar los mismos debido a mi falta de pago por completo los gastos incurridos. Al firmar a continuación, consiento de ser contactado por correo regular, por correo electrónico o por teléfono (incluyendo un número de teléfono celular) sobre cualquier asunto relacionado a la cuenta referida anteriormente por el acreedor, sucesores o designados. El consentimiento incluye cualquier actualización o información de contacto adicional que yo pueda proveer y incluye el contacto que utiliza la tecnología de auto marcar y/o mensajes pregrabados.

He leído éste formulario, y al firmar éste formulario entiendo y estoy de acuerdo con lo que estipula. El consentimiento para tratamiento será efectivo por (1) año.

Firma del paciente

(O padre/ guardián/ o otra persona autorizada si el Paciente es menor, incompetente mentalmente, o no puede firmar físicamente éste formulario)

Fecha

Testigo de la firma

Nombre impreso y relación de la persona Autorizada a firmar por el Paciente

Razón por la cual el paciente no pudo firmar

Attach Label

**University of Colorado School of Medicine
University Physicians, Inc.**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO CONJUNTO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este documento, certifico que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad de University of Colorado School of Medicine y University Physicians, Incorporated.

<http://www.cudoctors.com/partners-affiliates/cu-specialty-outreach-clinics-for-children/cu-outreach-forms/>

Nombre (Firma)

Fecha

Nombre (en letra imprenta)

Sólo para uso interno

Razón por la cual no se obtuvo el reconocimiento de recibo: _____

Nombre (Firma)

Fecha

Nombre (en letra imprenta)

Attach Label

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL (DE LA) PACIENTE

USTED TIENE DERECHO...

- A pedir acceso al servicio de interpretación y traducción para que ayude, gratuitamente, con la comunicación.
- A que se le informen sus derechos antes de recibir o discontinuar su atención médica y a participar en el desarrollo e implementación del plan de cuidados.
- A pedir la atención y el tratamiento necesario y apropiado para su salud.
- A que se le informe sobre la condición de su salud y a participar en toda decisión relacionada con la atención médica o el tratamiento y a dar su consentimiento informado para todo tratamiento y procedimiento.
- A un reconocimiento para determinar si usted tiene alguna condición o tratamiento urgente de salud, y en caso necesario, trasladarle a otro centro si necesita asistencia médica de emergencia, o está en labor de parto, sin importar su capacidad de pago.
- A que se le notifique sobre su hospitalización, sin demora alguna, a su pariente o representante.
- A recibir asistencia médica o tratamiento con cortesía y respeto a su dignidad.
- A la privacidad en la medida posible durante su tratamiento.
- A estar informado(a) sobre las normas y procedimientos de la clínica.
- A estar libre de toda forma de abuso o acoso.
- A recibir atención médica en un entorno seguro.
- A estar informado(a) si la clínica está participando en programas educativos, de investigación, y/o experimentales.
- A pedir y recibir, con prioridad al inicio del tratamiento no urgente, los cobros o un cálculo de cobros por los servicios rutinarios, usuales y acostumbrados y cualesquier copago, deducible, o cobros no cubiertos, así como los procedimientos de facturación general de la clínica.
- A recibir información de su médico sobre el tratamiento o procedimiento recomendado, los riesgos y beneficios de tal tratamiento o procedimiento, las probabilidades de éxito, riesgos de muerte, graves efectos secundarios, período de recuperación y las consecuencias de no realizar el tratamiento.
- A la confidencialidad de la información relacionada con su salud.
- A la evaluación y manejo apropiado del dolor.
- A estar informado(a) sobre los procedimientos de quejas y a quien contactar para presentar una queja o agravio.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE...

- Preguntar y expresar sus inquietudes sin demora.
- Ser considerado(a) con otros pacientes y con el personal del hospital.
- Acudir a todas las citas.
- Dar la información completa con respecto al cuidado de su salud.
- Reportar todos los cambios en la salud.
- Seguir las instrucciones y el tratamiento recomendado por su médico.
- Guardar y proteger todas sus pertenencias.

PARA PRESENTAR UNA INQUIETUD, QUEJA O AGRAVIO.

Presente sin demora alguna, cualquier asunto, queja o agravio al Administrador de la Clínica. Como alternativa, se ha establecido una línea directa confidencial, accesible en www.ethicspoint.com o por teléfono número 866-ETHICS-P (866-384-4277).

Si la clínica no resuelve el asunto a satisfacción del(dela) paciente, también puede comunicarse con:

The Colorado Department of Public Health & Environment
Situado en el 4300 Cherry Creek Drive South, Denver, CO 80246-1530, (800) 886-7689 o (303) 692-2100
The Colorado Board of Medical Examiners (para asuntos relacionados con el servicio de los médicos)
Situado en 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, CO 80202, (303) 894-7690

AVISO DE INMUNIDAD GUBERNAMENTAL

La atención médica o tratamiento brindado en los sitios de atención a médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado podrían suministrarse por individuos que la Ley de Inmunidad del Gobierno de Colorado considere como empleados públicos. El Artículo 10 del Título 24 de los Estatutos de Colorado Modificados de la Ley de Inmunidad del Gobierno de Colorado, limita el monto de los daños recuperables de los empleados públicos y entidades. Requiere notificación formal de reclamación e impone 180 días como el tiempo límite para presentar notificación de la reclamación.



REGISTRATION INFORMATION REQUEST FORM

In addition to this form please provide a copy of patient's current insurance card

Patient Information			
Name			
Social Security #			
Date Of Birth	Gender	Marital Status	
Street Address			
City, State, Zip Code			
Phone Number	County		

Patient's Physician Information			
Primary Doctor	Phone		
Referring Doctor	Phone		
Other Care Provider	Phone		

Parent/Guardian/Responsible Person's Information			
Parent/ Guardian/Responsible Party (if not patient)	Social Security #		
Parent/ Guardian/Responsible Party's Address			
City, State, Zip Code			
Employer 's Name			
Employer's Address			
City, State, Zip Code			
Home Phone	Cell Phone	Other Phone	

Please collect the following on CHAMPUS/TRICARE patients			
Sponsor's Duty Station	Social Security #		
Sponsor's Branch of Service			
Sponsor's Status	Active Duty <input type="checkbox"/>	Retired <input type="checkbox"/>	Deceased <input type="checkbox"/>
Sponsor's Grade/Rank			
City, State, Zip Code			

Insurance #1 Information			
Insurance Name			
Cert #	Group #		
Insurance Address			
City, State, Zip Code			
Insurance Phone Number			
Subscriber	Social Security #		
Relationship to Patient	Date of Birth		

Insurance #2 Information			
Insurance Name			
Cert #	Group #		
Insurance Address			
City, State, Zip Code			
Insurance Phone Number			
Subscriber	Social Security #		
Relationship to Patient	Date of Birth		



Attach Label

SELF-PAY AGREEMENT

The Self-Pay Agreement is intended to provide Self-Pay patients/legal guardians with an understanding of the financial aspect of healthcare services provided at Specialty Outreach Clinics for Children and University Physician's Inc (UPI). Self-Pay patients/legal guardians should read this agreement carefully before making a decision and proceeding with care.

- Self-Pay patients/legal guardians will receive a bill from University Physicians Inc (UPI) for healthcare services provided by Specialty Outreach Clinics for Children
- A Self-Pay Agreement must be signed for each Specialty Outreach Clinics for Children account for which it applies
- Self-Pay patients/legal guardians will be required to make a minimum deposit at the time of service
- The patient/legal guardian will be responsible for full payment of charges, less the No Insurance Discount (NID) and less the deposit made at the time of service
- UPI will not bill any insurance plan at a later date if the Patient/Legal Guardian elects to be Self Pay at the time of service

The No Insurance Discount (NID) does not apply to:

- Patients that have insurance and select not to utilize their insurance
- Balances after all covered expenses or eligible services to be paid by a health benefits plan
- Amounts due according to the insurance plan Explanation of Benefits (i.e. deductible, co-insurance, and/or co-payment)
- Patients involved in grants or special programs, as these cases fall into a different set of circumstances

The patient has been registered as Self-Pay due to the following reason marked below:

- The patient/legal guardian does not have insurance coverage
- OR**
- The provider performing the above services or therapies is not a participating provider with my health insurance. There form these services/therapies are not covered by my policy
 ___ Bill Insurance ___ Do Not Bill Insurance (Elective Self Pay)
- The scope of services rendered by this provider may not be covered by my health insurance policy
 ___ Bill Insurance ___ Do Not Bill Insurance (Elective Self Pay)
- The appropriate authorization required by my health insurance policy has not been obtained from my primary care physician. It is my personal decision not to obtain the authorization from my primary care physician
 ___ Bill Insurance ___ Do Not Bill Insurance (Elective Self Pay)
- No claim will be sent to my insurance since it's my person decision not to use my health insurance benefits for the above service/therapy even though I understand that these services/ therapies are considered covered by my policy (elected – self pay)

The patient/legal guardian elects to have their insurance billed first; the patient/legal guardian will be liable for all balances incurred after all eligible services and covered expenses to be paid by a health benefits plan. The No Insurance Discount (NID) will only apply if the patient's insurance plan does not cover any services.

My signature below acknowledges receipt of the Self Pay Agreement

Patient/Legal Guardian Signature

Date

Self-Pay Agreement Explained by:

Staff Name (Print)

Date



PATIENT HEALTH INSURANCE WAIVER

I have requested services and/or therapies provided by a medical provider of the University of Colorado School of Medicine. I understand that these services and/or therapies will be billed by University Physicians, Inc. I further understand I may be responsible for all charges incurred today for (service/cpt code) _____ by (provider) _____ **even if I elect to have my insurance billed first.**

Estimate of UPI charges _____ **(this is only an estimate and may not be the full financial responsibility).**

<input type="checkbox"/>	The provider performing the above services or therapies is not a participating provider with my health insurance. Therefore these services/therapies are not covered by my policy. _____ Bill insurance _____ Do not bill insurance (Elective Self Pay)
<input type="checkbox"/>	The scope of services rendered by this provider may not be covered by my health insurance policy. _____ Bill insurance _____ Do not bill insurance (Elective Self Pay)
<input type="checkbox"/>	The appropriate authorization required by my health insurance policy has not been obtained from my primary care physician. It is my personal decision not to obtain the authorization from my primary care physician. _____ Bill insurance _____ Do not bill insurance (Elective Self Pay)
<input type="checkbox"/>	No claim will be sent to my insurance since it is my personal decision not to use my health insurance benefits for the above service/therapy even though I understand that these services/therapies are considered covered by my policy. (Elective Self Pay)

Patient Signature (or parent/guardian/other-authorized person if patient is a minor, mentally incompetent, or physically unable to sign this form)

**Printed Name and Relationship of Person
Authorized to Sign for Patient**

Date

Reason Patient is Unable to Sign

Insurance Waiver Explained by: _____
(Printed Name of Hospital or UPI Representative)

Signature of Hospital or UPI Representative

Date



Attach Label