

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 este formulario, y al firmar este 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