

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente, doy mi consentimiento a mi medico, así como a cualquiera que elijan para asistirle, para tratamiento medico así como para servicios razonable y necesarios, incluyendo pero no exclusivamente, los cuidados de urgencia, la administración de medicamentos aprobados, los cuidados de enfermería, la radiología y patología, tanto como otros servicios médicos prestados como parte de mi tratamiento médico. Estoy consciente de que muchos de los hospitales/clínicas del LSU Health System son instalaciones docentes, y, como resultado, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería y otros estudiantes de carreras médicas podrán estar involucrados en mi cuidado.

2. DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Entiendo que la información contenida en mi expediente medico es confidencial. Sin embargo, doy permiso a esta institución y/o a mi(s) médico(s) para divulgar cualquiera y toda información médica protegida a profesionales médicos involucrados en mi tratamiento y cuidados de seguimiento. Entiendo que este hospital/clínica forma parte de un sistema de hospitales públicos y que si recibo cuidados en más de un hospital/clínica de LSU Health, mi información médica protegida se compartirá con los profesionales médicos de dichas instituciones.

Entiendo que esta institución participa en esfuerzos conjuntos con la Oficina de la Salud Pública de Louisiana (OHP) para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas (tal como el sarampión, la influenza, VIH, tuberculosis y otros) y que mi información médica protegida se compartirá con la OPH como sea necesario o requerido por la ley. Además, entiendo que esta institución reporta información referente a la inmunización a la OPH si yo recibo una inmunización.

También doy permiso para divulgar cualquiera y toda información médica a mi aseguradora/proveedor que pida tal información en mi nombre para determinar si califico para recibir reembolsos de gastos relacionados con mi tratamiento médico. Para obtener una lista de las situaciones en las que cualquier parte o toda mi información médica protegida se podrá compartir, consultaré el Aviso de Prácticas de Privacidad que se me proveyó.

3. ACUERDO FINANCIERO (ASIGNACION DE BENEFICIOS)

Asigno a LSU Health todo beneficio que cubra mis gastos médicos. Certifico que la información dada para Medically Indigent (Cuidado Gratis) y cualquier otra solicitud de Medicaid (Título XIX) o Medicare (XVIII) es verídico y correcto. Además acepto que si la cantidad pagada no es suficiente para cubrir el gasto médico completo, yo seré responsable de pagar la diferencia. Entiendo que si pertenezco a un HMO/PPO, u otro Contratador de Cuidado Gerenciado, y/o Cuidado Comunitario de Medicaid, o una Red de Cuidado Coordinado (CCN) para la cual el proveedor no es Proveedor de Cuidados Primarios, y yo no tengo un formulario de remisión de mi médico primario, se me facturará totalmente por servicios del hospital y cualesquiera cargos por el Médico y/o el grupo del Médico. Entiendo que mi(s) médico(s) me enviará una factura separada por sus servicios, y que esta autorización y la asignación también aplica a ellos. Si no deseo que se facture mi aseguradora, entiendo que debo pedirlo por escrito.

4. LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Entiendo que como paciente ambulante, se me dará, a petición, una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente. Entiendo que en la ocasión de mi primera visita al LSU Health Facility recibiré un Aviso de Prácticas de Privacidad. En otras visitas subsiguientes a las instalaciones, dicho aviso está disponible, a petición, y también está en el sitio web de LSU Health - <http://www.lsuhsospitals.org>.

**Mi firma verifica que he leído y entiendo este consentimiento.**

Firma autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  Paciente  Padre  
 Otro \_\_\_\_\_  
Firma del fiador \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(si este difiere de la firma autorizada)