



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Este consentimiento se aplica a Indiana University Health Physicians, sus representantes, asociados y proveedores. En cada párrafo, IU Health Physicians hace referencia a todas las prácticas de IU Health Physicians. En cada párrafo, los médicos, médicos independientes, residentes, colegas, enfermeras y asistentes se denominarán proveedores. Entiendo que algunos de los proveedores involucrados en mi cuidado no son empleados de Indiana University Health Physicians.

Acepto que IU Health Physicians, sus representantes, asociados y proveedores me brinden atención médica y quirúrgica. Esto incluye pruebas, análisis de sangre, estudios, anestesia, procedimientos y fármacos que resulten necesarios para el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad, a criterio del médico interviniente.

Acepto que IU Health Physicians no puede ofrecerme ningún tipo de garantía o promesa explícita con respecto a los resultados o a mi curación.

**Ámbito pedagógico:** entiendo que IU Health Physicians forma parte de un ámbito pedagógico y que, en algunas ocasiones, se podrá solicitar mi autorización para que alumnos, residentes y colegas participen en mi caso.

Mis datos, como la información demográfica, resultados de laboratorio, resultados de biopsias y diagnósticos podrán utilizarse para efectos de investigación. La investigación podrá estar relacionada o no con mi atención de salud. Se mantendrá la confidencialidad de mis datos a fin de que no se conozca mi identidad, salvo en los casos estipulados por la ley.

Entiendo que IU Health Physicians tiene el compromiso de realizar investigaciones y que, en ocasiones, podré ser contactado para participar en algún estudio de investigación y que tengo derecho a optar por no volver a ser contactado en otra oportunidad.

**Pruebas de enfermedades infectocontagiosas:** acepto permitir que IU Health Physicians realice pruebas para la detección de enfermedades infectocontagiosas, incluyendo hepatitis y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), si alguno de los proveedores de cuidado que me atienden estuviera en contacto con mi sangre o fluidos corporales. En forma recíproca, si yo estuviera en contacto con la sangre o los fluidos corporales de alguna otra persona durante el tratamiento, puedo solicitar que se le realicen pruebas de detección de enfermedades infectocontagiosas a la persona en cuestión, conforme al protocolo universal; sin costo alguno para las partes que participen en las pruebas. Todas las partes involucradas tendrán acceso a los resultados.

**Divulgación de la información:** acepto permitir que los proveedores de atención médica que me atendían previamente compartan mi historia clínica con IU Health Physicians para brindarme la atención médica correspondiente. Acepto que, si no fuera competente para expresarme por mí mismo, o si así se solicitara, IU Health Physicians podrá compartir información médica sobre mi persona con familiares apropiados según sea necesario para tomar decisiones sobre mi atención. Acepto que tal como lo permite la ley, IU Health Physicians podrá compartir mi historia clínica con terceros responsables de pagos, compañías de seguros, agencias de revisión, departamentos de bienestar y con prestadores de servicios de datos de terceros, incluyendo sistemas como la Red de Indiana para la Atención del Paciente (Indiana Network for Patient Care, INPC). Los pacientes tienen derecho a optar, por escrito, por no participar en este programa. Esto puede incluir registros sobre enfermedades infectocontagiosas y tratamiento por abuso de drogas y alcohol. En cualquier momento, podré cambiar de opinión en lo referido a la aceptación de divulgación de información notificando por escrito a IU Health Physicians.

**Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA):** reconozco que me han ofrecido o que he recibido la notificación de Prácticas de Privacidad de IUHP.



**Comunicaciones:** estoy de acuerdo con permitir a la consulta médica, sus representantes y contratistas que me contacten por medio del marcado automático o mensajes grabados, en cualquier número de teléfono que entregue a IU Health. Entiendo que puedo optar por no recibir llamadas y mensajes de texto en cualquier momento.

**Asignación de beneficios:** por medio de la presente declaro que me encargo del pago que de lo contrario sería pagado por Medicare, Medicaid, empresas aseguradoras, planes de beneficio médico para empleados y otros terceros pagadores (a los que se les refiere colectivamente como “Planes”) para los médicos y otros proveedores de atención médica que me brindan servicios, atención o tratamiento. Reconozco que soy responsable de saber las limitaciones de mi plan de beneficios y estoy de acuerdo con ser personalmente responsable de pagar los cargos facturados por servicios, atención o tratamiento. De negarse mi plan en última instancia a pagar por los servicios, atención y tratamiento que me brindan el médico practicante y sus proveedores de atención médica, por ende, soy responsable de pagar los cargos facturados por tales conceptos. Reconozco que soy responsable de saber qué cobertura de seguro tengo y, por ende, todas las reglas de la póliza de seguro. Tengo claro que si no pago lo que debo, este asunto se puede remitir a una agencia de cobranza o a un abogado, lo cual entiendo, y estoy de acuerdo con hacerme responsable por todos los gastos de cobranza, lo cual incluye honorarios razonables del abogado, gastos judiciales e intereses.

**Responsabilidad de pago:** soy responsable del pago de la atención médica que reciba, y si el seguro no cubre todos los gastos, deberé abonar el saldo restante. Acepto que IU Health Physicians podrá divulgar mi historia clínica según sea necesario para recibir todos los pagos a los que yo tenga derecho en virtud de las pólizas de seguro. Soy responsable de conocer mi cobertura de seguro y de cumplir con las normas de la póliza de seguro. Si no pago el monto adeudado a IU Health Physicians, podrán enviar mi caso a una agencia de cobro o abogado, y entiendo y acepto que los honorarios razonables de los abogados, costos del juicio, gastos de cobro e intereses estarán a mi cargo.

**Remisiones:** puede que su proveedor lo remita a un proveedor de artículos o servicios de atención médica que esté fuera de la red. Un proveedor fuera de la red no debe atenerse a las condiciones de pago que aplican a los artículos o servicios de atención médica que proporcionan los proveedores de la red de su plan de salud. Puede contactar a su plan de salud antes de recibir los artículos o servicios de atención médica que le proporcione un proveedor fuera de la red para obtener una lista de los proveedores de la red que pudiesen proporcionar dichos artículos o servicios de atención médica y para obtener asistencia adicional.

**Plazo del consentimiento:** podré revocar este consentimiento en cualquier momento, salvo en los casos en que IU Health Physicians ya haya tomado alguna medida basada en él. Si no fuera revocado, este consentimiento será válido por un año.

Afirmo haber leído atentamente este formulario y acepto que su contenido se aplica a los servicios de atención médica actuales y futuros prestados por IU Health Physicians.

La redacción en este Consentimiento General NO se debe alterar, borrar, complementar ni modificar de ningún modo.

---

Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

---

Relación del Representante Legal con el Paciente

Fecha

---

Nombre del Paciente en Letra Imprenta

Fecha

---

Firma de Testigo Adulto

Fecha