

Name: _____

Date of Birth: _____ MRN#: _____ CSN: _____

Consienta y Acuerdo Servicios de Médico y Servicios de Hospital

1. **Consentimiento Anual de Servicios:** Consiento a los servicios que pueden ser realizados por Mercy Health ("Mercy") médico/proveedor C'proveedor") o la facilidad. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento y el acuerdo aplican a cualquier servicio del proveedor que puedo obtener de proveedores de Mercy en un dispensario o la oficina de médico y también a cualquier servicio del hospital que puedo obtener en un hospital de Mercy o de una ubicación de dispensario de hospital-basó.
2. **El Acuerdo financiero:** Garantizo y concuerdo en pagar por todos los suministros y servicios que son proporcionados a mí o el paciente denominado abajo en las tasas listó en la Descripción de la Carga de Mercy desde la fecha de tratamiento, a menos que tenga derecho para pagar una cantidad diferente bajo mí (o el paciente) plan de seguro de enfermedad o mí (o el paciente) estatus de Medicare o beneficiario de Medicaid. En el caso de una cuenta referida a una agencia del abogado o la colección para la colección, yo pagaré los honorarios de abogado y gastos de colección. Mercy proporcionará un examen médico a cualquiera necesitado de emergencia tratamiento médico, a pesar de recursos.
3. **Asignación de Beneficios de Seguro:** Asigno mí (o el paciente) los derechos bajo todo el seguro y documentos de plan de beneficio y autorizo pago directo a Mercy de todo el seguro y el plan beneficia pagos para servicios proporcionados por Mercy. Pagando Mercy, mi compañía de seguros o el empleador cumplen sus obligaciones a mí (o el paciente) bajo la política de seguro de enfermedad, o el empleador cumple sus obligaciones según exige la ley. Yo también concuerdo que yo (o el paciente) soy financieramente responsable de cargas no pagó según esta obligación.
4. **Asignación de Medicare:** Yo certifico que la información dada por mí en la aplicación para el pago de cualquier tercero pagador, incluyendo el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social, es correcta. Solicito que pago de beneficios autorizados es hecho en mí (o el paciente) beneficio, y yo autorizan la Oficina de la Administración de Seguridad social del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social a soltar información con respecto a mí (o el paciente) elegibilidad para el alcance bajo Medicare Parte A y Parte B, inclusive pero no limitado a la fecha de vigencia de tal alcance. Yo también autorizo a Mercy a soltar a la Administración de la Seguridad social o sus intermediaries o a los portadores cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado de Medicare.
5. **La Relación legal entre el Hospital y el Proveedor:** Yo entiendo que cuando estoy hospitalizado estoy bajo el cuidado y la supervisión de mí proveedor y es la responsabilidad del personal del hospital y de enfermería para llevar a cabo sus instrucciones. Es la responsabilidad de mí proveedor o cirujano de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para el tratamiento específico médico o quirúrgico, los procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos, o de los servicios hospitalarios prestados a mí bajo la instrucción del proveedor.
6. **Normas y Reglamentos:** Entiendo que mis visitantes y yo debemos obedecer todas las reglas y las regulaciones. Entiendo que en el caso de que todas las reglas y reglamentos no se cumplen, Mercy puede seguir acciones correctivas.
7. **Aviso de privacidad:** Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP), que describe cuando Mercy puede utilizar o divulgar información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El NOPP se incorpora a estas Condiciones de Admisión por esta referencia. Entiendo que este aviso sólo se proporciona la primera vez que recibo los servicios del hospital y es de otra manera disponibles bajo petición y en el sitio web de Mercy.



Name: _____

Date of Birth: _____ MRN#: _____ CSN: _____

**Consienta y Acuerdo
Servicios de Médico y Servicios de Hospital
Página 2**

- 8. **Los objetos de valor personal:** Entiendo que como un paciente, es recomendado dejar objetos de valor personal en el hogar. Mientras que la instalación mantiene una caja fuerte para los pequeños objetos personales de valor excepcional, Mercy no es responsable por la pérdida o daños sufridos a estos elementos.
- 9. **Información demográfica:** He revisado mi información demográfica y confirmo que es correcto. Soy consciente de que tengo que informar a Mercy de cualquier cambio a lo más pronto posible.
- 10. **Contratista/Proveedores Independientes:** Cuentas separadas podrá ser enviado por los servicios profesionales de proveedores que no son de Mercy como radiólogos, patólogos, y el anesestesiólogo, además de la factura de Mercy.
- 11. **Llamadas telefónicas:** Autorizo a Mercy y sus agencias de cobro a contactarme o con un representante que designo, acerca de mi cuenta, incluyendo el uso de cualquier información de contacto, o números de teléfonos celulares que ofrezco, o que está disponible a Mercy de tercero partidos. Autorizo en contacto conmigo a través de llamadas telefónicas o mensajes de voz, y autorizar el uso de la tecnología de marcación automática, y los mensajes pre-grabados incluso si sea cargado para la llamada bajo mi plan de teléfono. Concuero que tal contacto no será "sin solicitar" para propósitos de local, el estado o la ley federal. También estoy de acuerdo que Mercy y sus agencias de colección pueden vigilar y/o grabar cualquier comunicación conmigo.
- 12. **Aviso a los compañeros de Mercy:** Como un compañero de trabajo empleado por una entidad de propiedad o controladas por Mercy, estoy de acuerdo en el pago de los saldos pendientes por los servicios médicos prestados a mí, o cualquier cargo para el que soy financieramente responsable, después de todos los pagos de seguros aplicables se reciben para tales servicios. En el caso de no hacer esfuerzos razonables para resolver los saldos pendientes, entiendo que Mercy puede iniciar la deducción de nómina, de acuerdo con la póliza de Deducción del Salario.

Una copia de este documento tendrá el mismo poder y efecto que el original. El abajo firmante es el paciente o es autorizado debidamente actuar a favor del paciente para ejecutar y aceptar los términos del mismo. Una copia firmada de esta forma está disponible sobre la petición.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si la firma no es el paciente, indique la relación: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____