



NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL)	FECHA DE NACIMIENTO	HH NÚMERO DE CUENTA	HH NÚMERO EXPEDIENTE MÉDICO	FECHA DE SERVICIO
---	---------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------

GARANTE NOMBRE Y DIRECCIÓN

Principal	PLAN DE PAGADOR	RELACIÓN DEL PACIENTE AL SUSCRIPTOR			
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO				
	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	SEXO	NÚMERO DE PÓLIZA
	DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR				
	EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR Y DIRECCIÓN				

Secundario	PLAN DE PAGADOR	RELACIÓN DEL PACIENTE AL SUSCRIPTOR			
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO				
	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	SEXO	NÚMERO DE PÓLIZA
	DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR				
	EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR Y DIRECCIÓN				

Tercero	PLAN DE PAGADOR	RELACIÓN DEL PACIENTE AL SUSCRIPTOR			
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO				
	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	SEXO	NÚMERO DE PÓLIZA
	DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR				
	EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR Y DIRECCIÓN				

Cuarto	PLAN DE PAGADOR	RELACIÓN DEL PACIENTE AL SUSCRIPTOR			
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO				
	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	SEXO	NÚMERO DE PÓLIZA
	DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR				
	EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR Y DIRECCIÓN				

CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y GARANTÍA DE PAGO POR EL PACIENTE DE MEDICARE

Yo, el paciente, certifico que la información que he dado al solicitar el pago bajo Título XVIII del Acta de Seguro Social es correcta y completa. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o de cualquier otra índole referente a mí, para divulgar dicha información a la Administración de Seguro Social, sus intermediarios o aseguradoras, consejos de revisión médica, y otras organizaciones como sea necesario para administrar el programa de Medicare. Yo pido que el pago de los beneficios autorizados se haga a beneficio mío. Yo asigno los beneficios pagaderos por servicios de médico al médico o a la organización que proporcione los servicios o le autorizo a tal médico u organización para someter una reclamación a Medicare para una remuneración a mí.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y GARANTÍA DE PAGO

Por este medio yo autorizo el pago directamente a Hartford Hospital, según sea aplicable, y/o a cualquier médico o grupo de médicos que proporcionen servicios bajo mi número de cuenta que de otra forma serían pagaderos a mí, incluyendo el derecho bajo las Leyes Generales de Connecticut de recibir intereses de la aseguradora por cualquier reclamación que no se pague dentro de 45 días (sin exceder los cargos del hospital). El paciente y el garante por este medio se comprometen a pagar totalmente al Hartford Hospital y/o a cualquier médico o grupo de médicos a cargo por los servicios prestados, o por prestarse al paciente nombrado arriba, incluyendo cualesquier cargos no pagados por el programa de Medicare, cualesquier cargos no cubiertos por cualesquier asignaciones aquí realizadas, cualesquier cargos adicionales que se impongan por pagos atrasados, y los gastos de cobro de las cantidades pagaderas atrasadas, incluyendo honorarios de abogado. Las facturas son pagaderas talmente dentro de un mes a partir de la fecha de dicha factura.

AVISO

Conforme al Acta Pública 02-92, todo paciente responsable por el pago de sus propios gastos puede, si lo pide, recibir una copia de los cargos del hospital relacionados con los servicios provistos a él/ella. Si usted desea obtener una copia de sus cargos del hospital, por favor comuníquese con la persona indicada abajo.

REPRESENTANTE DE CUENTAS DE PACIENTES, al número de teléfono gratis: 1-888-515-5544

REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	TESTIGO	TOMADO DE ARCHIVOS EL DÍA: _____ 20____
--------------------------	-------	---------	---

FIRMADO POR:

CONSENTIMIENTO PARA USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD PARA TRATAMIENTO,
PAGO Y OPERACIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD

LEA ESTE FORMULARIO Y HAGA TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGA ANTES DE FIRMAR

Hartford Hospital ("el Hospital") es miembro del sistema Hartford HealthCare ("HHC") de hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud que comparten un registro médico electrónico en todo el sistema. Por lo tanto, toda su información clínica va a la base de datos de información médica de HHC llamada HHC MyHealthConnect. Para la coordinación apropiada de su cuidado, es importante que su información médica se comparta entre los proveedores que participan en su cuidado dentro de HHC y los proveedores que participan en su cuidado. Solo se accederá o se compartirá su información médica con su permiso bajo este consentimiento.

Yo, el/la paciente que suscribe, consiento a que el Hospital obtenga, use y divulgue mi información protegida de salud, sea que esta información esté en formato electrónico o en papel o almacenada o administrada en HHC MyHealthConnect, que incluye, si corresponde, información sobre recetas, abuso de drogas/alcohol, información sobre VIH e información psiquiátrica para propósitos de mi tratamiento o coordinación entre los proveedores de cuidado de la salud, planificación del alta, investigaciones que no usen mi identidad, operaciones y pago del cuidado de la salud por tercero(s) pagador(es) listados en la sección de pagadores al dorso de este formulario.

Además, autorizo al Hospital a divulgar mi información protegida de salud a quienes siguen por lo siguiente:

Otro: _____

Se me ha entregado el Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") del Hospital y entiendo que tengo el derecho de revisar este aviso antes de firmar este consentimiento. También me han entregado una copia de las Preguntas frecuentes (FAQs, por sus siglas en inglés) en relación a HHC MyHealthConnect. Entiendo que el Hospital se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad, descritas en su Aviso y FAQs, y que si deseo recibir aviso de cualquiera de estos cambios, puedo contactar a Relaciones con el paciente al **860-545-1400** o ir al sitio Web del Hospital en www.harthosp.org.

Entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar este consentimiento. Si me rehúso a firmar este consentimiento, el Hospital puede brindarme tratamiento, sin embargo, yo seré responsable de los gastos incurridos. Entiendo que el tratamiento requerido por ley, tal como el cuidado de emergencia, se me proporcionará independientemente de que firme o no firme este consentimiento.

A menos que me oponga, entiendo que el Hospital puede divulgar información general sobre mí (nombre, ubicación en el centro, estado general y afiliación religiosa) del directorio del centro al clero y personas que pregunten por mí con mi nombre. A menos que me oponga, el Hospital también puede divulgar información protegida de salud de una naturaleza general a mi familia u otras personas que participan individualmente en mi cuidado, incluso cambios en mi condición.

Tengo el derecho de solicitar que el Hospital restrinja la forma en que usa y/o divulga mi información protegida de salud para los propósitos de proporcionar tratamiento, obtener pagos y/o conducir operaciones del cuidado de la salud. El Hospital no tiene la obligación de acceder a ninguna restricción que yo solicite. Si el Hospital decide acceder a mi solicitud, el Hospital debe respetar la restricción sobre el uso y/o divulgación de mi información de salud. También entiendo que tengo el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por medios o lugares alternativos. Sin embargo, el hospital puede denegar la solicitud si determina que sería administrativamente difícil cumplir con mi solicitud.

Entiendo que en relación a la información sobre abuso de drogas/alcohol, VIH e información psiquiátrica, este Consentimiento caducará 365 días después de la fecha que aparece debajo o 365 días después de mi tratamiento final, lo que ocurra último. También entiendo que tengo el derecho a revocar este consentimiento notificando por escrito a Relaciones con el paciente. Entiendo que si revoco mi consentimiento, no habrá ningún efecto sobre los usos y divulgaciones ya realizados en función de mi consentimiento previo.

He tenido la oportunidad de que respondan todas mis preguntas en relación a las prácticas de privacidad del Hospital. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y las Preguntas frecuentes relacionados con HHC MyHealthConnect y del consentimiento para usar y divulgar mi información protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud.

No deseo que mi información personal de salud se comparta en HHC MyHealthConnect.

Firma del Paciente o Representante Legal / Testigo

Fecha

Hora

Si fue firmado por el representante legal, indique debajo su relación con el paciente:

Padre/Madre Tutor Conservador Albacea testamentario Poder notarial Otro _____

Si no se puede obtener el consentimiento del paciente, indique el motivo a continuación:

- Situación de tratamiento de emergencia
- Se requiere por ley para tratar al paciente y el Hospital ha intentado pero no puede obtener el consentimiento del paciente.
- Dificultades significativas para comunicarse con el paciente (es decir, idioma extranjero) y el Hospital determina que el consentimiento del paciente para recibir tratamiento se infiere de las circunstancias.
- El paciente se rehúsa a firmar el consentimiento.

Firma del testigo (Persona que documenta el motivo)

Fecha

Hora

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH

AVISO

En caso de que la información liberada constituya información confidencial relacionada con el VIH protegida bajo la Ley de Connecticut:

Esta información ha sido divulgada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por ley estatal. La ley estatal prohíbe que usted haga alguna posterior divulgación de la misma sin el consentimiento escrito específico de la persona a la que pertenece, o según dicha ley lo permita de otro modo. Una autorización general para la liberación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

INFORMACIÓN PSQUIIÁTRICA

En caso de que la información liberada constituya información psiquiátrica confidencial protegida bajo la Ley de Connecticut:

Esta información ha sido divulgada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por ley estatal. La ley estatal prohíbe que usted haga alguna posterior divulgación de la misma o que la use para cualquier propósito que no sea el indicado arriba sin el consentimiento escrito específico de la persona a la que pertenece, o según dicha ley lo permita de otro modo.

RÉGISTROS DE ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL

En caso de que la información liberada esté protegida por los Reglamentos de HHS para la Confidencialidad de la información sobre abuso de drogas y alcohol de registros de pacientes:

Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por reglas Federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación posterior de esta información a menos que la posterior divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o de otra forma que permita la regla 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen todo el uso de información a la investigación criminal o el procesamiento de algún paciente que abuse de drogas o alcohol.