

## **Consentimiento y acuerdo del paciente para los servicios de atención médica de Lifespan**

### **Consentimiento para examen y tratamiento**

Entiendo que como paciente de cualquier hospital afiliado a Lifespan (Bradley, Newport, Rhode Island, The Miriam), sus clínicas en el hospital, Gateway Healthcare, Lifespan Physician Group, Inc., Coastal Medical, y visitas de telemedicina ("Centros de atención"), es posible que necesite varios exámenes médicos, procedimientos de diagnóstico, medicamentos y terapias para diagnosticar y tratar mi condición médica. Acepto hacerme estos exámenes y procedimientos según lo consideren apropiado mis proveedores de atención, también conocidos como mi "equipo de atención". Durante estos procesos, se pueden recolectar tejidos y fluidos biológicos, como sangre u orina, con fines de diagnóstico, educativos, de mejora de la calidad, científicos o ciertos fines de investigación. Es posible que se tome información no textual, como fotografías, cintas de video, cintas de audio o grabaciones digitales, con fines de identificación o documentación, a menos que decida rechazarlos. Estas grabaciones también se pueden usar para acreditaciones o certificaciones profesionales, publicaciones en revistas médicas o presentaciones en seminarios y conferencias. Si esta información no textual se va a usar con fines de investigación o no son totalmente anónimos de acuerdo con las directrices de HIPAA, se me pedirá que dé un consentimiento por separado para su uso.

Entiendo que la atención médica no es una ciencia exacta y no se han ofrecido garantías sobre la efectividad de ningún procedimiento, tratamiento, examen u otros servicios de atención médica. Mi equipo de atención me informará sobre el curso de acción más razonable para mi condición médica y las decisiones se tomarán teniendo en cuenta mis mejores intereses como paciente. Conservo el derecho de negar el consentimiento para cualquier procedimiento médico o quirúrgico u otro servicio de atención médica. El centro de atención también tiene el derecho de negarse a hacer cualquier procedimiento si yo o mis representantes no damos un consentimiento informado claro. Reconozco que, si yo o mis representantes negamos el consentimiento para un procedimiento recomendado, el tratamiento puede ser parcial o totalmente ineficaz.

### **Consentimiento para examen y tratamiento de un recién nacido**

Si doy a luz durante este encuentro, doy mi consentimiento para dar el tratamiento necesario a mis recién nacidos.

### **Cesión de beneficios de seguro y autorización para revelar información de atención médica al proveedor**

Entiendo que los proveedores de algunos centros de atención pueden no ser empleados de ese centro de atención de Lifespan en particular. Autorizo el pago directo de los beneficios de mi seguro médico a la entidad de Lifespan relevante y a cualquier proveedor afiliado a Lifespan que ofrezca servicios durante esta hospitalización o visita. Soy consciente de que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro y de cumplir los requisitos del contrato de mi plan médico. En algunos casos, es posible que reciba facturas separadas por servicios de atención de emergencia, interpretación de rayos X u otro diagnóstico por imágenes, y que los servicios de algunos proveedores se facturen por separado de los servicios del centro de atención.

### **Autorización de Medicare**

Si tengo cobertura de Medicare, acepto las condiciones de ingreso para hospitalización que se describen en este acuerdo. Certifico que la información que presenté durante mi solicitud para el Programa Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) es exacta. Solicito que se les pague, en mi nombre, al centro de atención o a sus proveedores empleados cualquier beneficio autorizado de Medicare que yo haya recibido. Autorizo la revelación de cualquier información médica o de otro tipo sobre mí a los centro de servicio de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes para determinar mi elegibilidad para los beneficios de Medicare o servicios relacionados.

### **Responsabilidad económica**

Acepto que Lifespan pueda comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número asociado con mi cuenta, incluyendo los números inalámbricos, para fines de servicio y cobro de la cuenta. Esto puede incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o con voz artificial y servicios de marcación automática. También autorizo al centro de atención a usar cualquier saldo de crédito pendiente que pueda tener para liquidar cualquier saldo de cuenta pendiente que pueda deber a un centro de atención diferente antes de procesar cualquier reembolso del paciente.

### **Comunicaciones electrónicas**

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas administrativas de Lifespan, que pueden incluir correos electrónicos, mensajes de texto, mensajes telefónicos u otros medios electrónicos para diversos fines, como programación de citas o recordatorios, registros de programas, encuestas, consultas, asuntos de facturación/pago o avisos relacionados con el Portal para pacientes MyLifespan o el portal para pacientes de Coastal Medical, según corresponda, reconozco que no se puede asegurar la privacidad y seguridad de las comunicaciones electrónicas, y que las

partes con las que he compartido mis direcciones electrónicas o teléfonos podrían acceder a mi información médica personal desde estas transmisiones.

### **Derecho a directivas anticipadas**

Si me ingresan como paciente hospitalizado o en observación, se me ha informado de mi derecho a tomar decisiones médicas y a tener directivas anticipadas, como un testamento en vida o un poder notarial duradero para atención médica. Es mi responsabilidad entregarle a mi equipo de atención una copia de mis directivas anticipadas para asegurar que mis deseos se conozcan y respeten.

### **Cosas personales**

Entiendo que Lifespan no puede ser responsable de mis cosas personales y asumo el riesgo de pérdida si las llevo a cualquier centro de atención de Lifespan.

### **Dispositivos electrónicos personales**

Está prohibido el uso de dispositivos electrónicos personales por pacientes y visitas para tomar o transmitir fotografías, grabaciones de video o grabaciones de audio de pacientes, personal médico o empleados del hospital.

### **Aviso de uso de cámara de seguridad**

Entiendo que hay cámaras de seguridad instaladas en ciertas áreas públicas del hospital, incluyendo algunas áreas de pacientes.

### **Servicio de conserjería de farmacia Lifespan de Meds to Beds**

Reconozco y doy mi consentimiento para inscribirme en el programa de conserjería Meds-2-Beds si soy un paciente hospitalizado en Rhode Island Hospital o The Miriam Hospital o un paciente hospitalizado del Departamento de Emergencias (Emergency Department) de Newport Hospital, durante el horario de atención de Lifespan Pharmacy. Este servicio está disponible durante el horario de atención de la farmacia en centros específicos.

Se me inscribirá automáticamente en el programa de conserjería Meds-2-Beds de Lifespan, cuyo objetivo es ayudar con problemas de recetas y asegurarse de que tenga mis medicamentos de alta antes de irme. El personal de la farmacia de Lifespan hará las investigaciones de beneficios necesarias, obtendrá las autorizaciones previas, surtirá mis medicamentos del alta y los entregará en mi habitación. Si quiero rechazar este servicio

en cualquier momento hasta la entrega, puedo informar a mi equipo de atención o a un representante de Lifespan Pharmacy, y ellos revertirán cualquier reclamo y me ayudarán a transferir mis recetas a una farmacia de mi elección.

### **Consentimiento para un programa de Lifespan (42 CFR PARTE 2) para revelar mi información sobre el tratamiento de drogas/alcohol**

Si estoy recibiendo tratamiento por drogas o alcohol (relacionado con un trastorno por consumo de sustancias) en cualquier entidad proveedora afiliada a Lifespan, también reconozco y doy mi consentimiento para:

- Permiso que el programa Lifespan revele mis reclamos relacionados con el trastorno por consumo de sustancias y datos de encuentros, incluyendo mi historia, diagnóstico, medicamento y tratamiento, a mi registro LifeChart (mi expediente médico electrónico en Lifespan) y a mis proveedores de atención directa y profesionales que están autorizados a acceder a mi registro de LifeChart, ya sea que ejerzan o no en un afiliado de Lifespan. Este consentimiento expirará si Lifespan, o su organización sucesora, y LifeChart, o su sistema de registros médicos electrónicos sucesor, dejan de existir.
- También doy mi consentimiento para permitir que Lifespan haga remisiones para servicios de especialistas de recuperación autorizados.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito con aviso al programa Lifespan donde he recibido tratamiento por drogas o alcohol en cualquier momento, pero esto no afectará las revelaciones hechas basándose en mi consentimiento original.
- Tengo derecho a pedir una lista de entidades a las que se ha revelado la información de mi tratamiento de drogas o alcohol basado en este consentimiento, limitada a las revelaciones hechas en los últimos dos años.
- Firmando este formulario de consentimiento abajo, afirmo que entiendo este formulario de consentimiento y que esto significa que la información de mi tratamiento que está protegida según 42 CFR Parte 2 se puede revelar en mi registro LifeChart y mis proveedores y profesionales que me atienden pueden consultarla.

### **Consentimiento de telemedicina**

Si la visita se hace vía telemedicina:

- Doy mi consentimiento para hablar sobre mi información médica confidencial y protegida (PHI) y recibir tratamiento mediante comunicaciones interactivas de

audio, video o datos (telemedicina) como si estuviéramos teniendo una conversación en el hospital o en el lugar de tratamiento.

- Puedo retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi atención, tratamiento o beneficios futuros del programa.
- La información revelada durante mi sesión de telemedicina es generalmente confidencial según la ley, excepto en ciertas circunstancias obligatorias o permitidas, como reportar abuso o amenazas de violencia.
- Participaré en telemedicina desde un área privada.
- Si participo en terapia de grupo por telemedicina, acepto no hablar, grabar de ninguna manera (video, audio, fotografía, captura de pantalla, etc.) ni compartir ninguna información privada sobre nadie en el grupo o sobre el contenido de la discusión con cualquier persona fuera de los otros participantes del grupo o de mi equipo de tratamiento.
- Existen riesgos asociados con la telemedicina, como interrupciones, fallas técnicas o interceptación no autorizada de información por personas no autorizadas durante la transmisión o el almacenamiento.
- Entiendo que los servicios de telemedicina pueden no ser tan completos como los servicios en persona y puedo analizar otras opciones de tratamiento si es necesario.
- Reconozco que, a pesar de mis mejores esfuerzos, es posible que mi condición no mejore o que empeore.
- Los servicios de telemedicina se facturarán a mi plan del seguro médico y es posible que yo sea responsable de los copagos o deducibles, si corresponde.

## Reconocimiento

Firmando este formulario de consentimiento, confirmo que he leído y comprendido su contenido. Soy el paciente, el padre/madre/tutor del paciente o un representante del paciente debidamente autorizado, capaz de revisar y aceptar los términos. Entiendo que la visita se puede hacer en persona o mediante telemedicina.


*Esta copia impresa es solo para su información; el original firmado de manera electrónica se incorpora a su expediente médico.*

Consentimiento y acuerdo del paciente (fecha: 10 17 2023)