

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Acepto los procedimientos solicitados por mí y/o por mis médicos en relación con mi tratamiento hospitalario, ambulatorio y/o tratamiento de emergencia, así como también los medicamentos. Si soy una paciente dando luz de bebe, acepto que el hospital cuide de mi/s bebé/s y acepto que se dé a conocer mi información de salud privada necesaria para cuidar de mi bebé. Usted tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier cuidado, tratamiento o servicio recomendado por su médico o el personal. Debe consultar todo aquello que no comprenda o solicitar más información si así lo requiere.

Confirmando que recibí una notificación escrita de los derechos que tengo como paciente, dentro de lo que se incluye mi derecho a ejecutar una Directiva Anticipada de conformidad con las Leyes Estatales de Oklahoma.

Sí No Tengo representante legal.
 Sí No Quiero designar a un representante de pacientes para que tome decisiones en mi nombre en caso de que yo no pueda tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud. Si la respuesta es afirmativa, la siguiente persona tomará decisiones en mi nombre: _____
 y su información de contacto es: _____

Entiendo que tengo derecho a recibir información de un modo o en un idioma que yo y/o mi representante legal podamos comprender. Comprendo que los servicios de intérprete están disponibles las 24 horas del día sin costo.

Si mi tratamiento incluye grupos de tratamiento, comprendo que mi participación en estos grupos o clases pueden incluir debates sobre mi estado ante la presencia de otros pacientes, y acepto estos debates.

Entiendo que mis expedientes médicos se mantendrán en el sistema llamado Epic Electronic Health Records ("EHR"). Entiendo y acepto que mi información la podría acceder otra instalación o proveedor que participa en nuestro sistema de EHR para fines de mi tratamiento, así como para fines operativos y administrativos del sistema, y para evaluar y mejorar la atención de los pacientes.

Entiendo que la practica de brindar atención médica puede incluir "telemedicina", que consiste en la transmisión de datos médicos o el intercambio de información médica por medio de audio, video o comunicación de datos a un proveedor de atención médica que se especializa en un área específica de la atención. Un proveedor de atención médica puede ayudar en el examen y proporcionar información adicional sobre un diagnóstico. El médico y el personal que tengan acceso a su información médica la mantendrán confidencial de acuerdo con las leyes y las políticas de confidencialidad.

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN TELEFÓNICA DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

Consentimiento para recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas y mensajes de texto para recordatorios de citas, información de atención médica, instrucciones de alta hospitalaria, comunicaciones sobre cuentas y facturación, y otras comunicaciones.

Al proporcionar mi número de teléfono (ya sea de una línea fija o inalámbrica) y/o dirección de correo electrónico al Utica Park Clinic, acepto expresamente que el Utica Park Clinic y sus empleados y representantes se comuniquen conmigo al teléfono, servicio de SMS o de texto de cualquier número de teléfono (ya sea de una línea fija o inalámbrica) que le he otorgado al Utica Park Clinic o, a cualquier número remitido o transferido de ese número, con respecto a cualquier asunto relacionado con mi tratamiento, mi cuenta y/o los servicios del Utica Park Clinic incluidos, entre otros, los siguientes:

- comunicaciones de mi hospitalización o tratamiento, problema médico y plan de atención, servicios prestados, encuestas para los pacientes, instrucciones de alta hospitalaria, comunicaciones dirigidas a mi persona o relacionadas con mi cuenta, o mis obligaciones financieras relacionadas, entre otras, con recordatorios de pago, notificaciones de pagos retrasados, instrucciones y enlaces a información sobre facturación para pacientes y otras comunicaciones de atención médica, entre otras, notificaciones y recordatorios de citas, notificaciones y recordatorios de que ciertos medicamentos ya se pueden recoger, información sobre programas o servicios que podrían interesarme, información sobre cobertura de seguro médico o la participación en los mismos, información sobre remisiones e información sobre opciones y capacidades de otros tratamientos

Estas comunicaciones las puede transmitir Utica Park Clinic, o se pueden transmitir en nombre de dicha instalación y sus empleados y agentes, por medio de mensajes de voz pregrabados o automatizados, dispositivos de marcación automática u otras tecnologías. Entiendo que al proporcionar previamente mi consentimiento por escrito y de manera expresa para recibir dichas comunicaciones, dicho consentimiento no constituye una condición para recibir servicios o atención de Utica Park Clinic. Entiendo que podré cambiar mis preferencias en cualquier momento. Dicho cambio se puede hacer por medio de mi cuenta de MyChart bajo Your Menu (Su menú), luego Accounting Settings (Configuración de la cuenta), luego Personal Information (Información personal), o bien, comunicándose con el departamento de acceso/inscripción de pacientes o con el consultorio de su médico.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por este medio, designo a Utica Park Clinic (UPC) y a cualquier proveedor de atención sanitaria designado por UPC recibir dicho dinero, y todos los derechos e intereses en los beneficios y/o derechos de la compañía aseguradora e indico que esos pagos se realicen directamente a UPC o la persona designada. Los cargos por los servicios serán a las tarifas habituales del proveedor a menos que UPC acuerde algo diferente por escrito o si la ley lo requiere de otro modo.

Entiendo que soy responsable en términos financieros de los deducibles, coseguros y todos los servicios que no cubran los beneficios de seguro médico y/o ayuda social. Entiendo que si UPC o alguna de sus filiales se encuentra fuera de la red de mi plan de seguro, entonces mi responsabilidad financiera puede consistir en: (1) coseguros o deducibles mayores, y (2) los cargos completos de UPC, incluso las cantidades que superen los cargos permitidos de un proveedor preferido dentro de la red.

Hay una caja de seguridad disponible para guardar objetos de valor. Se exime a UPC y a sus compañías afiliadas de toda responsabilidad sobre los objetos de valor o efectos personales, incluidos los lentes, las dentaduras postizas y/o los audífonos y las alhajas que tenga conmigo durante mi internación o mi consulta como paciente ambulatorio.

Paciente Tutor Padre o madre d un menor Poder legal Testigo Fecha / Hora

If not signed, complete the following to explain the reason why:

Emergency situation Individual refused to sign

Unable to sign

Other: _____

INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS ESPECÍFICOS RESPECTO DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS

La Ley de Autodeterminación del Paciente (Patient Self Determination Act) exige a UPC que le informe que tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica de acuerdo con las leyes del Estado de Oklahoma. Tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier atención o tratamiento que le recomiende el médico o el personal. Su médico indicará un plan de tratamiento para usted y hablará con usted sobre estas recomendaciones, incluidos los riesgos, los beneficios y las alternativas. Debe pedir información sobre cualquier cosa que no entienda o si necesita mas detalles. Si en algún momento siente que no se están respetando sus derechos, la enfermera lo ayudará a comunicarse con el representante de la instalación.

La Ley de Derechos de los Enfermos Terminales y por Pérdida Perdurable de la Conciencia de Oklahoma (Oklahoma Rights of the Terminally Ill and Persistently Unconscious Act) (Ley del Testamento vital/Nombramiento de un apoderado para decisiones médicas) es una manera en que una persona con capacidad para tomar decisiones puede especificar circunstancias y afecciones futuras en que no se debe proporcionar tratamiento para mantener las funciones vitales. Puede designar a otra persona (esto es, un sustituto encargado de tomar decisiones) para que tome decisiones en su nombre en caso de que usted esté incapacitado de tomarlas por si mismo. Puede hacer las dos cosas. Un Testamento vital no hace referencia a sus deseos o sus pertenencias después de morir. Solo se utiliza para determinados tipos de decisiones de atención médica. Un testamento vital puede aplicarse solo en eventos o circunstancias futuras cuando la persona tiene una enfermedad terminal, no necesariamente en el presente. La Ley de No Reanimar de Oklahoma (Oklahoma Do Not Resuscitate Act) proporciona un formulario escrito específico llamado DNR que debe firmar solo si está seguro de que no debe proporcionarse reanimación cardiopulmonar bajo ninguna circunstancia. Se puede poner a su disposición una copia de cada uno de estos tipos de Directivas anticipadas y nuestro personal puede ayudarle si elige completar una directiva anticipada. Si tiene programada una cirugía, querrá hablar con el cirujano y el anestesista sobre la directiva anticipada antes de la cirugía. No reconocemos la orden de No reanimar (Do Not Resuscitate, DNR) durante la anestesia. Si considerar tales documentos plantea problemas difíciles para usted, nuestro Departamento de Pastoral, si procede, u otros están disponibles para una ayuda más intensiva, por favor consulte la recepción o registrador para obtener información adicional. También puede tener un Poder legal permanente para la atención médica. UPC recomienda que todas las personas nombren un apoderado para decisiones médicas para garantizar que alguien a quien la persona conoce y en quien confía está autorizado a tomar decisiones en su nombre en caso de que dicha persona esté incapacitada.

Una directiva anticipada psiquiátrica es similar a una directiva anticipada tradicional para atención médica. Un individuo preocupado acerca de que en algún momento se lo someta a un tratamiento o a una internación psiquiátrica involuntaria tiene derecho a firmar una directiva anticipada psiquiátrica. La directiva anticipada psiquiátrica nombra a otra persona que esté autorizada para tomar decisiones por el individuo si se determina que es incompetente desde el punto de vista legal para tomar sus propias decisiones. Puede incluir instrucciones sobre la internación o tratamiento, alternativas a la internación o tratamiento, el uso de medicamentos, tipos de terapias y los deseos del paciente respecto de las restricciones o el aislamiento. Incluye información sobre a quién informar cuando se lo interna, así como también quién no tiene permitido realizar visitas.

Debe guardar su directiva anticipada en su hogar en un lugar seguro. Debe proporcionar una copia a su médico de atención primaria para incluir su expediente médico en su consultorio. Digale a su familia dónde guarda su directiva anticipada. Le recomendamos que hable con ellos al respecto. **No coloque la directiva anticipada en una caia de seguridad con otros documentos importantes.** Su familia y los proveedores de atención médica necesitan tener un acceso rápido a la directiva en caso de que esté incapacitado para tomar decisiones por si mismo. Pondremos una copia en su expediente médico para esta internación o tratamiento.

Si tiene una directiva anticipada y no la trajo consigo, es urgente que haga los arreglos para que se la traigan. Mientras tanto, nuestro mejor consejo es que complete un documento aprobado por el Estado de Oklahoma hoy mismo. Nuestro personal puede ayudarle a poner al día su directiva anticipada actual o a completar una nueva. Informe a su médico y/o enfermera sobre el contenido de su directiva anticipada para poder documentar lo que nos diga en su expediente médico. Queremos respetar sus valores y deseos sobre la atención médica que cree que es mejor para usted.

RECLAMOS Y QUEJAS

Usted y su representante tienen derecho a expresar quejas y reclamos relacionados con la calidad de la atención recibida, a que se escuchen sus quejas y, de ser posible, a que se resuelvan. Las quejas/reclamos deben dirigirse en primera instancia al departamento y al gerente y/o director clínico que proporcionan la atención al paciente que realiza el reclamo y deben revisarse. Si el problema no se puede resolver con rapidez, puede convertirse en un reclamo formal que se maneje de acuerdo con el proceso definido para la instalación.

Los pacientes tienen derecho a dirigir sus inquietudes a Utica Park Clinic Risk Management, 1145 S. Utica Ave, #110 Tulsa, OK 74104, 918-579-2981.

Oklahoma State Dept of Health
 1000 NE 10th Street
 Oklahoma City, OK 73117-1299
www.ok.gov/health
 405-271-6576

KEPRO BFCC QIO (Area 3)
 Rock Run Center
 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100
 Seven Hills, OH 44131
www.keproqio.com
 Phone: 216.447.9604
 Fax: 844.878.7921