

CONSENTIMIENTOS, ACUERDOS, AUTORIZACIONES, RECONOCIMIENTOS Y CESIONES IRREVOCABLES

I. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Sabiendo que _____ (Nombre del paciente) sufre una afección que requiere diagnóstico y tratamiento médico, dental o psicológico, por el presente doy mi consentimiento de forma voluntaria para tales procedimientos diagnósticos y atención hospitalaria y para tal tratamiento médico o dental y, si corresponde, para tal evaluación y tratamiento psicológicos/psiquiátricos, incluidos medicamentos para el dolor y psicoterapia, según sean necesarios a criterio de los miembros del personal médico de Harris Health o del personal médico contratado para Harris Health. Comprendo que es posible que durante mi visita se ordene un análisis de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salvo que yo complete y entregue el formulario de exclusión. Comprendo que si un trabajador de la salud se expone accidentalmente a mi sangre o mis líquidos corporales de modo tal que pueda correr riesgo de contraer SIDA, se me exigirán análisis de sangre conforme a las leyes de Texas y al protocolo del hospital para determinar si tengo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otras infecciones que se transmitan a través de la sangre. Los resultados de los análisis se mantendrán confidenciales en la medida permitida por la ley y la información referente a mi identidad en relación con esos análisis se destruirá después de que se notifique al trabajador de la salud que estuvo expuesto.

II. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO POR TELEMEDICINA

Es posible que mi proveedor de atención médica me pida que participe en el tratamiento mediante el uso de las telecomunicaciones que se consideren necesarias para ayudar en mi atención médica. Comprendo que la telemedicina es el uso de tecnologías de información y comunicación electrónicas por parte del proveedor de atención médica para prestarle servicios al paciente cuando este se encuentra en un lugar diferente al del proveedor. Doy mi consentimiento voluntario para que Harris Health me preste servicios de atención médica mediante el uso de la telemedicina, según se considere necesario a criterio de los miembros del personal médico de Harris Health, del personal médico contratado para Harris Health u otros proveedores de atención médica de Harris Health (en lo sucesivo, los "proveedores de Harris Health"). Comprendo que los proveedores de Harris Health (i) pueden ejercer en un lugar diferente a donde yo me presente para la atención médica, (ii) pueden no tener la oportunidad de realizar un examen físico presencial, y (iii) confían en la información que yo les proporcione.

Mi proveedor de atención médica me explicó cómo se usará la tecnología de telemedicina para efectuar esa visita.

Comprendo que esa tecnología tiene riesgos potenciales:

1. Puede haber demoras en las evaluaciones médicas y los tratamientos debido a deficiencias o fallas de los equipos.
2. Los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una infracción a la privacidad de la información médica personal.
3. La información transmitida puede no ser suficiente (p. ej., mala resolución de las imágenes) para que el proveedor y los consultores de Harris Health puedan tomar decisiones médicas apropiadas.
4. La falta de acceso a registros médicos completos puede provocar interacciones medicamentosas adversas, reacciones alérgicas u otro error de criterio.

Los beneficios de las visitas de telemedicina son:

1. Acceso a un especialista a través de esa consulta que brinde una evaluación y gestión médica y de salud más eficiente.
2. Mejor acceso a la atención de la salud porque puedo consultar al proveedor de atención médica estando en un lugar distante.

Si los proveedores de Harris Health determinan que los servicios de telemedicina no abordan adecuadamente mis necesidades médicas, pueden requerir una evaluación médica presencial. Comprendo que si me derivan a otro proveedor, es mi responsabilidad asegurarme de que las instrucciones de derivación se cumplan oportunamente. Si la sesión de telemedicina se interrumpe debido a un problema tecnológico o una falla de los equipos, se podrán implementar medios de comunicación alternativos o es posible que se necesite una evaluación médica presencial. Si tengo un problema urgente, tal como una mala reacción a cualquier tratamiento después de una sesión de telemedicina, debo alertar a mi médico tratante y, en caso de emergencia, llamar al 911 o ir al departamento de emergencias del hospital más cercano.

Autorizo a Harris Health a notificar a mi proveedor de atención primaria, en su caso, respecto de todos los servicios de telemedicina prestados.

III. USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Entiendo que los proveedores de Harris Health pueden utilizar herramientas de inteligencia artificial (IA) para respaldar la toma de decisiones clínicas, el tratamiento y la prestación de servicios de atención médica. Estas herramientas ayudan el criterio médico independiente de sus proveedores de atención médica, pero no lo sustituyen.

IV. SERVICIOS PROFESIONALES

Comprendo que Harris Health se asocia y/o contrata a otros proveedores para brindarme atención médica en los establecimientos de Harris Health. Comprendo que la información proporcionada en el presente documento le pertenece a Harris Health System y a los proveedores asociados.

V. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a mi empleado o representante, Harris Health y los médicos que trabajen en Harris Health, a usar o divulgar a los pagadores, potenciales o identificados, mi información de salud protegida (información médica y registros de facturación). Reconozco que mi información de salud protegida puede contener información sobre los servicios que me presten o los productos que me administren (a mí o al paciente), incluidas referencias a consumo de drogas y/o alcohol, atención psiquiátrica, enfermedad de transmisión sexual, VIH/SIDA, análisis de hepatitis B o C y demás información delicada. Comprendo que el propósito del uso o la divulgación de la información personal sobre la salud antes descrita es determinar la elegibilidad, procesar reclamos y recibir pagos de las fuentes de pago por la atención que se me haya dado, incluidas pólizas de seguro, subvenciones, programas de asistencia farmacéutica para pacientes y programas de reembolso de medicamentos.

VI. AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL ESTADO DE TEXAS

Autorizo a los empleados autorizados de Harris Health a ingresar o ver datos de paciente/cliente en la base de datos estatal de los Servicios de Salud del Departamento del Estado de Texas.

VII. ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Harris Health.

VIII. RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Asumo plena responsabilidad financiera de los cargos por los servicios que se le provean al paciente antes indicado. Comprendo que la responsabilidad se basa en el porcentaje del saldo que quede después de los programas del seguro o de terceros y que ese saldo **puede** descontarse de acuerdo con la clasificación de elegibilidad determinada por Harris Health y los proveedores asociados. Comprendo que puedo ser responsable de dos montos de coseguro: una responsabilidad de coseguro por el hospital y una responsabilidad de coseguro por servicios de médicos/profesionales.

IX. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PERTENENCIAS PERSONALES

Los pacientes y los visitantes son responsables de todas las pertenencias personales. Harris Health no será responsabilizado de las pertenencias personales perdidas, extraviadas, robadas o dañadas. Me aconsejaron dejarles todas mis pertenencias personales a amigos o parientes y no llevarlas a los establecimientos de Harris Health. Las pertenencias personales incluyen dinero, alhajas, medicamentos, documentos, artículos con valor monetario o emocional, ropa, prótesis dentales, auriculares, anteojos o lentes de contacto, relojes, tarjetas de crédito, billeteras o carteras, cámaras, teléfonos celulares, computadoras portátiles o de escritorio y equipos médicos.

X. CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

En consideración de los servicios prestados, por la presente cedo y transfiero irrevocablemente a Harris Health y los proveedores asociados míos y de mis dependientes todos los derechos, títulos y participaciones en beneficios pagaderos por los servicios prestados, previstos en las pólizas de seguro que me cubran a mí o a cualquiera de mis dependientes. Esa cesión y transferencia irrevocable será para garantizarles a Harris Health y los proveedores asociados un derecho de recuperación independiente, incluidos, entre otros, derechos de recuperación como beneficiario externo de dichas pólizas de seguro, pero no se interpretará como una obligación de Harris Health o de los proveedores asociados de exigir esos derechos de recuperación. También cedo a Harris Health todos los beneficios debidos y/o recibidos en mi nombre por Harris Health, dentro de cualquier programa de asistencia farmacéutica o de reembolso de medicamentos.

XI. CESIÓN DE RECLAMOS DE TERCEROS, INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS

Por la presente cedo irrevocablemente a Harris Health y a los proveedores asociados todos los derechos, títulos y participaciones en los beneficios pagaderos por toda acción de terceros contra cualquier otra persona, entidad, empresa de seguro, o por recuperación conforme a las disposiciones de pago Médico o de Motorista no asegurado de toda póliza de seguro de automotor o toda otra póliza de seguro en virtud de la cual yo tenga derecho a recibir recuperaciones.

Asimismo autorizo a Harris Health y a los proveedores asociados a presentar en mi nombre los reclamos que pueda tener derecho a presentar ante la División de Indemnización de Víctimas de Delitos de la Junta de Accidentes Industriales de Texas en caso de que sea necesaria mi hospitalización por lesiones recibidas a causa de un delito violento, pero esto en ningún caso se interpretará como una obligación de Harris Health o los proveedores asociados. Comprendo que el presente acuerdo de ninguna manera limita mi derecho ni los derechos de mis dependientes de presentar ese reclamo ante la División de Indemnización de Víctimas de Delitos de la Junta de Accidentes Industriales de Texas en mi nombre. Comprendo que si Harris Health o los proveedores asociados no cobran el total mediante los ingresos de ninguna póliza de seguro, la presente cesión no me libera de mi obligación y responsabilidad ante Harris Health System y los proveedores asociados del pago de los servicios y artículos provistos. Acepto pagar a Harris Health y los proveedores asociados todos los cargos incurridos, o, alternativamente, todos los cargos excedentes a las sumas pagadas, conforme a dichas pólizas de acuerdo con mi clasificación de elegibilidad.

XII. PACIENTES DE MEDICARE (SI CORRESPONDE)

Comprendo que la información presentada por mí al solicitar el pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Solicito que se paguen en mi nombre los beneficios autorizados. Debido a que este es un establecimiento con proveedores, entiendo que incurriré en un monto de coseguro que no se hubiera cargado si no se tratara de un establecimiento con proveedores. El monto del coseguro hospitalario para pacientes ambulatorios generalmente es de \$0.00 a \$54.00. Este valor es aproximado y puede ser mayor o menor dependiendo de los servicios que se provean.

XIII. DECLARACIÓN

Leí y comprendo los consentimientos, acuerdos, autorizaciones, reconocimientos y cesiones irrevocables antes inicializados. Todas las preguntas se respondieron plenamente. Las fotocopias del presente documento se considerarán tan vigentes y válidas como el original.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____ Relación con el paciente: _____

Nombre de los padres (si se conoce) en letra de imprenta: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Identificación del paciente	HARRISHEALTH CONSENTIMIENTOS, ACUERDOS, AUTORIZACIONES, RECONOCIMIENTOS Y CESIONES IRREVOCABLES 283301 02.2025
-----------------------------	---