AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO: La persona quien aquí firma este documento da consentimiento para tratamiento ambulatorio y/ o a la admisión al CMC-NorthEast y da su permiso para que el proveedor del cuidado de la salud encargado del cuidado del paciente administre tratamiento considerado necesario o recomendable en el diagnóstico y tratamiento de este paciente. Yo estoy consciente de que la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, y Yo, reconozco que ninguna garantía ha sido establecida para el resultado del tratamiento o exámenes que se realicen en este hospital. Yo entiendo que estudiantes y residentes en entrenamiento de varios programas en el campo de la salud podrían participar en mi cuidado y observar procedimientos especiales. Ningún individuo deberá ser sujeto a discriminación ni rechazado de beneficios ni de ningún otro servicio, programas o actividades en cualquier instalación del Carolinas Medical Center-NorthEast en base a raza, color, religión, origen, sexo, edad incapacidad o fuente de pago.

EMISIÓN DE INFORMACIÓN: La persona quien aquí firma este documento autoriza al CMC- NorthEast para revelar toda o algunas partes del contenido de la historia clínica a cualquiera de las siguientes entidades: compañías de seguros listadas, agencias del gobierno, a la compañía de trabajo del paciente o a cualquier agencia que esté llevando a cabo una investigación concerniente a casos de compensación laboral, agencias reguladoras o acreditadas y cualquier agencia investigadora que conduzca investigación de la utilización del hospital bajo un acuerdo con el empleador del paciente o cualquier otra fuente de pagos, y cualquier organización al cuidado de salud, proveedor de salud o agencia que necesite información médica para prestar continuidad en el cuidado del paciente. La entrega de los archivos médicos podría incluir información relacionada al tratamiento de condiciones siquiátricas y de condiciones de abuso de drogas y alcohol, información relacionada al SIDA, o condiciones asociadas con el SIDA o al estado de VIH. El CMC- NorthEast hará todo el esfuerzo necesario para pre-certificar y/ o re-autorizar tratamiento con terceros encargados de pagar quienes realizan los Estudios de Utilización como un servicio mas para el paciente; sin embargo, CMC-NorthEast no acepta responsabilidad por la falta de pre-certificación y / o pre-autorización y no es responsable por el resultado del pago final o restricciones de tiempo. Además yo estoy de acuerdo en tener mi nombre, fecha de nacimiento y nombre de mi proveedor del cuidado de la salud colocado en la puerta de mi habitación y en los boletines de asignación de tareas en la unidad o departamento con el propósito de identificación. Yo también entiendo que yo puedo revocar esta autorización al proporcionar una nota por escrito a esta institución.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON MEDICARE/ TRICARE, MEDICAID: Yo certifico que la información que he dado en la aplicación para pago bajo los artículos V, XVII, y XIX de la Ley del Seguro Social esta completa y correcta. Yo autorizo a cualquier portador de información medica o de otra información acerca de mí, de revelar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios cualquier información necesaria para esto o para cualquier reclamo de reembolso relacionado con Medicare o Medicaid. Yo entiendo que los servicios de salud pagados bajo Medicare, Medicaid o programas de maternidad o de salud infantil están sujetos al estudio por parte de organizaciones profesionales, las cuales podrían recomendar la denegación del pago si mi condición médica no justifica el cuidado hospitalario continuo. Yo autorizo al CMC- NorthEast y al Departamento de Servicios Sociales del condado al que corresponda (ejemplo: Cabarrus, Mecklenburg, Rowan, etc.) para comunicar información sobre mi persona en el caso de que yo aplique para asistencia financiera incluyendo Medicaid. Esta información podría incluir lo siguiente: fecha de la aplicación, estado de la aplicación, la razón por la cual mi aplicación continua pendiente, cualquier verificación requerida para completar mi aplicación, la fecha y la razón si no es aprobada (si es necesario). Yo he recibido el documento titulado "Un Mensaje Importante de TRICARE" o "Medicare" en el momento de mi admisión. Mi. firma solamente reconoce el recibimiento de este mensaje del CMC-NorthEast y no retira ninguno de mis derechos para solicitar una evaluación o para hacerme responsable por cualquier pago.

ASIGNACION DE LA AGENCIA DE SEGUROS/ RESPONSABILIDAD DE BENEFICIOS: Por medio de este documento yo autorizo el pago directo a CMC-NorthEast y a todos los proveedores del cuidado de la salud involucrados en mi tratamiento o diagnóstico en el CMC-NorthEast por parte del seguro médico grupal, el seguro médico principal, de hospitalización, quirúrgico, médico y cualquier otro seguro pagable a/ o en beneficio del aquí firmante en virtud de una hospitalización o servicios ambulatorios del paciente abajo escrito. Yo, incondicionalmente asigno cualquier beneficio del seguro a CMC-NorthEast y a todos los proveedores del cuidado de la salud involucrados en mi tratamiento y además los autorizo a ellos para aplicar por cualquier excedente de beneficios de mi seguro de salud o de cualquier otro pago recibido de cualquier fuente para el pago de las facturas por pagar del paciente abajo nombrado o del firmante o de cualquier persona financieramente responsable por el paciente o del fiador. Yo entiendo que soy financieramente responsable con el hospital y los proveedores del cuidado de la salud por los cobros que no sean cancelados por parte de mi seguro. Si una cuenta por pagar es enviada a una agencia de colección, yo seré responsable por cualquier pago relacionado con asuntos legales, gastos y / o intereses asociados con colección de la deuda. Yo doy consentimiento y autorización a CHS y a sus agentes y subcontratistas para contactar fuentes externas de información de su elección incluyendo agencias que reportan crédito, para propósitos relacionados con mi cuenta, incluyendo la evaluación y asesoramiento de mi solvencia, mi elegibilidad para la caridad, y la viabilidad de colectar cualquier cantidad a pagar por el tratamiento que recibo, ya sea en este momento o en visitas subsecuentes. Entiendo y estoy de acuerdo que CHS podría asignar mis cuentas como lo estime necesario para los propósitos de colectar cualquier cantidad que deba, incluyendo la colección de agencias y abogados.

CONTRATISTAS INDEPENDIENTES: Yo entiendo y reconozco que muchos proveedores del cuidado de la salud (y sus asistentes) que prestan su servicio en el CMC- NorthEast son contratistas independientes y NO son empleados del CMC- NorthEast. Yo doy consentimiento a la atención médica por parte de este personal no empleado directamente por este hospital. Yo entiendo que recibiré una cuenta separada por todos los servicios realizados ha mi persona por todos estos proveedores del cuidado de la salud (y sus asistentes).

PERTENENCIAS PERSONALES: Yo, por medio de este documento libero al hospital y proveedores del cuidado de la salud de toda responsabilidad por la pérdida de objetos de valor, dinero, pertenencias personales y cualquier otra posesión las cuales no se encuentran en un depósito de seguridad del hospital.

Firma del paciente (o representante autorizado legalmente):	Fecha/IIora	Firma del Fiador (o persona responsable):	Fecha/IIora
Relación con el paciente:		Relación con el paciente:	
Testigo:		El paciente es menor de _____años o está inhabilitado para firmar debido a: _____	

AUTORIZACIÓN TELEFÓNICA PARA EL TRATAMIENTO

Nombre / Título de 2 personas que son testigos de esta autorización: _____	Fecha / Hora	Persona llamada:
Autorización concedida: Si _____ No _____	Notas:	

Carolinas Medical Center
NorthEast
920 Church St., North-Concord, NC 28025

DOS: DOB: // Sex:
Age: Race: Serv.Type: Visit Type: Loc: Rm:
Attend. Phy: