

NOTA: ESTA ES UNA TRADUCCIÓN DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EN INGLÉS Y ES SÓLO PARA SU REFERENCIA. SÍRVASE FIRMAR EL ORIGINAL EN INGLÉS.

**Consentimiento para recibir atención y servicios**  
**Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago**

*Lea este formulario cuidadosamente. En este formulario de «consentimiento» se explica cómo proporcionamos la atención, compartimos su información, recibimos pago por los servicios proporcionados y realizamos nuestras gestiones comerciales. A menos que se trate de una emergencia, usted deberá firmar este formulario antes de recibir atención. No podemos aceptar ningún cambio en este formulario. Por favor déjenos saber si tiene preguntas o dudas acerca de la información que aparece a continuación, o si quiere una copia para usted.*

---

**I. Mi consentimiento para atención y condiciones generales**

- A. **Quienes somos:** En este Consentimiento, el término «Lurie Children's» significa el Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago en cualquiera de sus locales. "Lurie Children's" también incluye a la Pediatric Faculty Foundation, Inc., Children's Surgical Foundation, Inc., Pediatric Anesthesia Associates, Ltd., Lurie Children's Medical Group, LLC, Lurie Children's Primary Care, LLC, Almost Home Kids y todos(as) sus médicos(as), enfermeros(as) y el resto del personal. Además, "Lurie Children's" también incluye a la Lurie Children's Health Partners Clinically Integrated Network, LLC, y a la Lurie Children's Health Partners Care Coordination, LLC.
- B. **Administración de cuidados:**
- i. Otorgo mi consentimiento para que Lurie Children's me proporcione o le proporcione a mi hijo(a) (a «mí», «mi» o «yo») servicios de atención de la salud. La atención incluye exámenes médicos o dentales, tratamiento y procedimientos de diagnóstico. La atención también podría incluir el uso de anestesia o administración de sangre, si el personal médico o dental deciden que es necesario de acuerdo a su criterio profesional. La atención también podría incluir una evaluación y tratamiento de la salud mental.
  - ii. Entiendo que este consentimiento autoriza cualquier intervención médica razonable que deba llevarse a cabo para cualquier propósito durante el periodo en que el o la paciente sea atendido(a) en Lurie Children's.
  - iii. Si estoy embarazada, estoy de acuerdo en que todas las disposiciones de este Consentimiento también se aplican a mi(s) hijo(a)(s) que no ha(n) nacido, y a su atención mientras recibo cuidados en Lurie Children's.
  - iv. Entiendo que Lurie Children's es un centro médico académico y que su misión incluye entrenar a profesionales del campo de la salud. Estoy de acuerdo en que médicos(as), residentes, médicos(as) becarios(as), enfermeros(as), tecnólogos(as) y otros profesionales de la salud en período de formación participen activamente en mi atención y tratamiento, para fines de capacitación.
  - v. Entiendo que representantes de varios fabricantes o proveedores de equipos o dispositivos médicos podrían estar presentes mientras recibo atención por parte de los proveedores médicos en Lurie Children's. La presencia de estas personas es con el motivo de ayudar a los médicos y a otros proveedores médicos con la atención médica que se me brinde.
- C. **Fotografía y grabación por parte de los (las) pacientes:** Entiendo que no tengo permitido tomar fotografías o grabar el cuidado o tratamiento proporcionado por Lurie Children's. A fin de respetar la privacidad de otros pacientes, también entiendo que no tengo permitido tomar fotografías o grabar a otros pacientes.

- D. **Propiedad personal:** Entiendo que Lurie Children's no es responsable de la pérdida, el robo o la destrucción de mis bienes personales, incluyendo objetos de valor que traiga conmigo a Lurie Children's. Libero a Lurie Children's de cualquier responsabilidad y obligación correspondiente a la pérdida, destrucción o robo de cualquier propiedad personal que traiga conmigo a Lurie Children's.
- E. **Vencimiento:** A menos que se revoque (retire) o que se reemplace por otro, este formulario vencerá cuando el o la paciente cumpla los 18 años de edad o se emancipe. Para los pacientes que son mayores de edad, este formulario vencerá cuando se revoque o se reemplace.

## II. Capacidad para usar y compartir mi información:

- A. **La ley:** Existe una ley llamada «Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996» (HIPPA) (Ley de Portabilidad del Seguro Médico y Responsabilidad de 1996). Esta ley exige que Lurie Children's proteja la privacidad y seguridad de la información de contacto, financiera y respecto al tratamiento de sus pacientes. También hay otras leyes que exigen que Lurie Children's tome más medidas para proteger ciertas categorías de información sobre la salud, acerca de: la salud conductual o mental; las discapacidades del desarrollo; tratamientos para trastornos por abuso de sustancias (alcoholismo o drogadicción); pruebas y asesoría de genética; VIH/SIDA; asalto/abuso sexual; enfermedades por transmisión sexual; embarazo; control de la natalidad; abuso doméstico de un adulto con una discapacidad; abuso y negligencia infantil. En conjunto, a esta información se le refiere como su «Información de salud».
- B. **Autorización para recibir, usar y divulgar:**
  - i. Si mi autorización es exigida por ley, accedo a que, al firmar este formulario, Lurie Children's reciba, use y divulgue mi Información de salud para:
    1. Fines relacionados con mi atención, tratamiento, coordinación de cuidados, obtención de pago y realización de actividades comerciales. Entiendo que si un(a) paciente tiene más de 12 años de edad, el Estado exige que dicho(a) paciente también otorgue su autorización, firmando este formulario en la forma adecuada.
    2. Para los fines de los informes respecto a enfermedades y otros requisitos exigidos por las leyes estatales.
    3. Para fines de seguimiento de las vacunas. I-CARE es un programa informático para compartir registros de vacunación que fue desarrollado por el Departamento de Salud Pública de Illinois. I-CARE le permite al personal médico registrar, dar seguimiento y reportar las vacunas de sus pacientes. La participación es completamente voluntaria. Si prefiero no participar, debo notificar a: Lurie Children's Health Information Management Department (Departamento para Manejo de la Información de Salud de Lurie Children's, 225 E. Chicago Ave., Box 11, Chicago, IL 60611; teléfono: 312-227-5220.
    4. Para fines de atención, tratamiento, coordinación de cuidados, y operativos, con mis otros proveedores de servicios. «Otros proveedores» podrían incluir (pero no se limitan a) mi pediatra o proveedor de base comunitaria, y mis proveedores médicos en Northwestern Medicine y sus afiliados.
    5. «Otros proveedores» también podrían incluir a mis proveedores que participan en los siguientes programas para compartir información: Epic Care Everywhere®, Epic CarEquality, EpicCare® Link, u otros programas similares para compartir datos. Estos programas para compartir información permiten a mis proveedores intercambiar la información de salud para fines de tratamiento, incluso en

situaciones de emergencia. Autorizo a Lurie Children's a enviar y recibir mi información de salud de manera electrónica a mis otros proveedores. Si prefiero no participar, incluso en una situación de emergencia, debo notificar a: Lurie Children's Health Information Management Department, 225 E. Chicago Ave., Box 11, Chicago, IL 60611; teléfono: 312-227-5220.

6. Para los fines de proporcionarme MyChart, si decido activar mi cuenta para esto. Lurie Children's me ofrece acceso a porciones de mi Información de Salud a través de una versión basada en la Web, llamada MyChart, de los sistemas informáticos de Lurie Children's, MyChart no es mi expediente médico completo pero incluye herramientas clave que me permitirán comunicar de manera segura con mi equipo de atención, y manejar aspectos sobre la atención de mi salud. Si me registro para MyChart, mi Información de Salud se divulgará a mi padre/madre/tutor(a) legal o cualquier otra persona a la que le dé acceso. Se me proporcionarán instrucciones para activar la cuenta. Para obtener más información, visite [www.luriechildrens.org](http://www.luriechildrens.org), o llame al 312-227-5220.
  - ii. Reconozco que mi autorización aplica a toda mi Información de Salud en posesión de Lurie Children's, incluyendo sin limitarse a mis datos de contacto, lista de problemas, resultados de pruebas de diagnóstico, lista de medicamentos, lista de alergias, inmunizaciones, antecedentes médicos, cirugías, intervenciones y otros datos relevantes a nivel clínico.
  - iii. Entiendo que Lurie Children's no puede controlar la forma en que otras personas que reciban mi Información de Salud protejan o usen mi información. Entiendo que a otras personas podrían no estar en la obligación por ley de proteger mi información sobre la salud.
- C. **Fines operacionales:** Accedo a que los datos de contacto que yo le proporcione a Lurie Children's, como por ejemplo números telefónicos, de fax, números celulares y direcciones de correo electrónico, puedan ser usados por Lurie Children's y terceros que actúen a nombre de Lurie Children's, para comunicarse conmigo para fines operacionales, incluyendo recordatorios de citas, recordatorios para el seguimiento de un tratamiento, encuestas de pacientes, o para fines de pagos y cobros. Entiendo que me podrían contactar por mensajes de texto, y por mensajes pregrabados y llamadas automatizadas. Entiendo que Lurie Children's no compartirá mis números telefónicos, excepto en la medida que la ley lo permita, para fines de tratamiento, pago y operaciones relativas a la atención de la salud, y en la medida que este formulario lo permita.
- D. **Fotografías y grabaciones por parte de Lurie Children's:** Entiendo que las fotografías, los videos y otras grabaciones e imágenes podrían ser importantes para mi atención. Autorizo que Lurie Children's me tome/haga fotografías, videos, imágenes digitales o de otro tipo para fines de tratamiento, educativos y operacionales. Además otorgo mi autorización a Lurie Children's para usar y divulgar imágenes no identificables externamente para estos fines, sin necesitar una autorización adicional. Entiendo que toda reproducción y los derechos de autor correspondientes a estas imágenes y medios son y seguirán siendo propiedad de Lurie Children's, sus sucesores o beneficiarios.
- E. **Revocación:** Puedo revocar (retirar) mi autorización para compartir mi Información de Salud, y este Consentimiento, escribiendo a Lurie Children's Health Information Management Department, 225 E. Chicago Ave., Box 11, Chicago, IL 60611. Entiendo que si revoco mi autorización para que se comparta mi Información de Salud, esto no aplicará a ninguna acción que haya sido emprendida por Lurie Children's mientras el Consentimiento se encontraba vigente.
- F. **Actividades de mercadeo:** Accedo a que los datos de contacto que yo le proporcione a Lurie Children's, como por ejemplo números telefónicos, de fax, números celulares, direcciones de correo electrónico y postal, puedan ser usados por Lurie Children's y terceros que actúan a nombre de Lurie Children's, para comunicarse conmigo para fines de actividades de mercadeo. Si prefiero que no se me contacte para fines de mercadeo, deberé notificar a: Lurie Children's Marketing and Communications Department, 225 E. Chicago Ave., Box 87, Chicago, IL 60611.

- G. **Actividades para recaudación de fondos:** Lurie Children's depende de la recaudación de fondos a fines de ayudar a sustentar la atención de todos los pacientes. Autorizo que se me contacte para hablar sobre la posibilidad de participar en actividades de recaudación de fondos. Si prefiero que no se me contacte respecto al tema de recaudación de fondos, deberé notificar a: Lurie Children's Marketing and Communications Department, 225 E. Chicago Ave., Box 87, Chicago, IL 60611.
- H. **Notificación respecto a las prácticas de privacidad:** Entiendo que puedo encontrar más información acerca de mis derechos a mi Información de Salud, y acerca de cómo Lurie Children's usa mi información, en la Notificación de Lurie Children's acerca de las Prácticas de Privacidad («Lurie Children's Notice of Privacy Practices, NPP»). La NPP se encuentra disponible en el sitio web de Lurie Children's y a solicitud de la parte interesada.

### III. Reconocimiento de actividades financieras

#### A. Pago por servicios prestados para la atención:

- i. Entiendo que al firmar este formulario, estoy accediendo a que Lurie Children's cobre a mi seguro médico por los costos correspondientes a mi atención. A cambio de la atención que se me ha proporcionado, cedo y transfiero y dispongo mis derechos, título e intereses a cualquiera de, y todos los reembolsos médicos de mi póliza de seguro, certificado de suscripción u otro tipo de acuerdo para cobertura de beneficios, que de otra manera fueran pagaderos a mí, a Lurie Children's.
- ii. Entiendo que la cobertura del seguro varía y que mi aseguradora podría no pagar por todo, o que podría pagar solamente una parte de mi factura. Entiendo que mi aseguradora podría negarse a pagar por servicios que no estén cubiertos por mi plan, o que la aseguradora podría optar por considerar que no son «necesarios a nivel médico», «experimentales» o que no estarán cubiertos. Si bien es cierto que Lurie Children's puede tomar medidas razonables para apelar estas denegaciones, entiendo que soy totalmente responsable por el pago de todos los cobros que no sean cubiertos por el seguro médico. Esto incluye cualquier denegación de reclamos del seguro por yo haber limitado el derecho de Lurie Children's a compartir mi información con mi seguro médico para fines de pago(s). Esto también incluye una denegación o denegación parcial de reembolso debido a que Lurie Children's se encuentre «afuera de la red de cobertura».
- iii. Estoy de acuerdo en que soy responsable de pagar cualquier gasto en el que Lurie Children's incurra para el cobro de las sumas que por este medio garantizo, incluyendo cualquier gasto judicial, honorarios razonables de abogados y demás gastos por cobro.
- iv. Autorizo a Lurie Children's a divulgar toda la información médica que sea necesaria para el pago a mi nombre por concepto de los servicios de atención de la salud administrados al/a la paciente nombrado(a) en el Consentimiento.

#### B. Proveedores expedidores de facturas:

Entiendo que la atención y los servicios proporcionados en el local de Lurie Children's podrían incluir uno o más de los siguientes proveedores: Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Pediatric Faculty Foundation, Inc., Children's Surgical Foundation, Inc., Pediatric Anesthesia Associates, Ltd., Lurie Children's Medical Group, LLC, Almost Home Kids, Lurie Children's Primary Care, LLC, y cada uno(a) de sus médicos(as), enfermeros(as) y otros miembros del personal. Entiendo que cada proveedor podría emitir una factura aparte para mí.

- i. Entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con la compañía aseguradora para determinar si un proveedor o servicio del hospital será cubierto por mi seguro. Entiendo que si recibo servicios que se encuentran «fuera de la red», podría tener una mayor

responsabilidad a nivel financiero al momento de pagarle a Lurie Children's por estos servicios.

- ii. Entiendo que incluso si un servicio está cubierto por mi plan del seguro, todavía es posible que yo sea responsable de pagar una parte del costo de dicho servicio. Es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía aseguradora para determinar qué cantidad del costo por concepto del servicio estaré obligado(a) a pagar.
  - iii. Entiendo que Lurie Children's no puede garantizar que un servicio va a estar cubierto bajo mi plan. Debo comunicarme con mi plan de salud si tengo preguntas acerca de la cobertura de mi seguro médico.
- C. **ERISA:** Si mis beneficios de seguro son proporcionados a través de un plan ERISA, o de otro plan grupal de salud de un empleador, cedo, transfiero y pongo todos mis derechos, títulos e intereses como beneficiario(a) del plan a disposición de Lurie Children's, para mi atención. Además designo a Lurie Children's como un representante autorizado, para recibir información respecto a la cobertura de mi plan y a apelar por cualquier derecho a pago y beneficios de atención de la salud. Estoy de acuerdo en cooperar y proporcionar información según sea necesaria para Lurie Children's establecer mi elegibilidad para mis beneficios de seguro. Ninguna disposición de un plan grupal de salud servirá para eludir el derecho de Lurie Children's a obtener el pago de los pacientes por los honorarios de sus servicios prestados.
- D. **Medicaid/Medicare:** Si estoy solicitando el pago bajo la cobertura de Medicare o Medicaid, doy fe que la información que he proporcionado es correcta. Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios de proveedores, al (a los) proveedor(es) o a la organización que está proporcionando los servicios, o los autorizo a someter un reclamo ante Medicare en mi nombre.
- E. **Ayuda económica:** Si no tengo seguro de salud o si tengo dificultad para pagar mi factura, Lurie Children's ofrece opciones de asistencia financiera, incluyendo atención gratuita, atención a un precio descontado o planes de pago sin intereses. La información acerca del programa de asistencia financiera, los criterios de elegibilidad y el hecho de que mi médico(a) u otros proveedores ofrecen ayuda económica se encuentra a mi disposición durante el proceso de registro y de ser solicitada.

#### IV. **Actividades relativas a investigaciones:**

- A. Entiendo que la misión de Lurie Children's incluye fomentar nuevos conocimientos y descubrimientos científicos a través de la investigación. Los proveedores o investigadores podrían comunicarse conmigo para hablar sobre posibles oportunidades de participar en investigaciones que pudieran ser de mi interés. Es mi decisión si estoy de acuerdo o no en participar. Si prefiero que no se me contacte respecto a investigaciones, deberé notificar a: Director, Office of Research Integrity & Compliance, Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, 225 East Chicago Ave, Box 205, Chicago, IL 60611.
- B. Estoy de acuerdo en que Lurie Children's podría utilizar y compartir mis tejidos o líquidos corporales sobrantes para fines educativos e investigativos, con o sin mi identificación personal y de conformidad con las leyes.

*Al firmar abajo, confirmo que he leído, entendido y estoy de acuerdo con el contenido de este formulario, el Consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Si tengo preguntas en el futuro, entiendo que me puedo comunicar con Patient Relations (Servicio al Paciente) en el 312.227.4940; 225 East Chicago Avenue, Box 48, Chicago, Illinois 60611-2603.*

Todas las firmas se deben proporcionar a fin de que el formulario sea válido:

---

**Firma de paciente de 12 años en adelante**

**Fecha**

**Hora**

---

**Firma**

**Fecha**

**Hora**

Parentesco (seleccione uno): \_\_\_ Padre/madre \_\_\_ Tutor(a) legal \_\_\_ Representante legal

---

**Firma de testigo o empleado(a)**

**Fecha**

**Hora**

---

**Firma/Nombre de intérprete, si aplica al caso**

**Fecha**

**Hora**

*AL FIRMAR LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO, DECLARO QUE HE RECIBIDO LA INFORMACIÓN AQUÍ DESCRITA.*