

### **ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA ESCUELA PARA TODOS LOS NIÑOS DE DPS**

#### **¿Quién puede usar un SBHC?**

Todo estudiante de las Escuelas Públicas de Denver (DPS) puede recibir los servicios de un SBHC. Dichos servicios no dependen del seguro ni de la capacidad de pago. El SBHC puede servir como centro principal de atención médica del estudiante o puede colaborar con el médico de atención primaria del estudiante.

#### **¿Por qué elegir un SBHC?**

Los SBHC ofrecen atención médica conveniente y ayudan a que los estudiantes no tengan que perder mucho tiempo de clase, y a que los padres o tutores no tengan que faltar al trabajo. En muchos casos, los estudiantes pueden conseguir citas para el mismo día o para el día siguiente.

#### **¿Qué servicios se pueden ofrecer?**

- Exámenes de rutina que llenen los requisitos de la escuela, los deportes, campamentos, así como los exámenes físicos para empleo. Los servicios pueden incluir pruebas de laboratorio de rutina y vacunas
- Recetas y medicinas
- Atención médica para enfermedades crónicas como el asma y la depresión
- Atención médica para lesiones y enfermedades agudas
- Servicios de salud reproductiva, incluyendo pruebas de embarazo, así como evaluación, dosificación y administración de anticonceptivos
- Pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Asesoría en salud mental individual, de grupo y familiar
- Exámenes dentales, limpiezas de rutina, aplicación de barniz de fluoruro, selladores y radiografías dentales
- Educación para la salud de padres e hijos

#### **¿Quién proporciona los servicios?**

- Enfermera Practicante, Médico Auxiliar o Doctor
- Terapeuta de salud mental o psiquiatra
- Consejero de abuso de sustancias
- Socio de atención médica / Asociado médico
- Educador de salud
- Consejero de Comunidades Sanas / Trabajador de alcance comunitario
- Higienista dental

#### **¿Participación de los padres?**

El padre, madre o tutor deben firmar un formulario de consentimiento antes de que el niño pueda recibir servicios del centro de salud. Cuando esté firmado el formulario, el niño puede utilizar el centro de salud en cualquier momento durante los 18 meses del período del consentimiento. Apoyar la comunicación familiar es uno de los principales objetivos del centro de salud. El personal de la clínica anima a los pacientes a hablar sobre su salud con sus padres. Sin embargo, no se les notifica habitualmente a los padres cuando un paciente utiliza el centro de salud, excepto a petición del paciente o cuando el personal encuentra problemas de salud graves.

#### **¿Confidencialidad?**

La ley estatal de Colorado permite que algunas visitas al centro de salud sean confidenciales, según corresponda. No se comparte la información sin el permiso del paciente o de los padres. La única excepción es una situación en la que corra en peligro la vida.

#### **¿Cuánto cuesta?**

No hay ningún costo para el paciente o su familia por los servicios que se ofrecen en el centro de salud. Los pacientes no tendrán que gastar en copagos, deducibles ni cuotas para ser atendidos. Es posible que se le facture al seguro, pero sin costo para las familias.

#### **¿Ayuda para inscribirse en un seguro?**

Al registrarse para el uso de la clínica, se les pide a las familias que den información sobre el seguro médico o soliciten opciones de seguro de salud infantil de bajo costo y programas de descuento. En el centro de salud escolar hay personal que ofrece información y ayuda para la inscripción en seguros. La finalidad es ayudar a las familias con el proceso de solicitar un seguro.

#### **Firma de la Lista de Requisitos para**

#### **Consentimiento:**

- Centros Escolares de Salud (Denver School-Based Health Center Services, DSBHC) Consentimiento General de Los Padres/Tutores Para Tratamiento
- Centro de Salud Escolar de Denver Formulario de Consentimiento de Vacunación
- Cuestionario Para Padres/Tutores Antecedentes Familiares Del Niño/Adolescente
- Aviso de Normas de Privacidad
- El Consentimiento General del Paciente Para El Tratamiento Y Los Terminos Relacionados Con El Pago (Consentimiento)

Name, MR#, Pat#, DOB

# DENVER HEALTH

## CENTROS ESCOLARES DE SALUD (DENVER SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS, DSBHC) CONSENTIMIENTO GENERAL DE LOS PADRES/TUTORES PARA TRATAMIENTO

Doy consentimiento para que mi estudiante, \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Nacido el: \_\_\_\_\_

reciba la atención médica necesaria o aconsejable que ofrece DSBHC. Entiendo que se pueden brindar los siguientes servicios:

exámenes físicos ~ vacunas ~ pruebas de laboratorio de rutina ~ tratamiento para enfermedades y lesiones agudas ~ medicamentos con receta ~ atención para trastornos físicos comunes de los adolescentes (peso, acné, problemas menstruales) ~ atención médica para algunas afecciones crónicas como el asma y las convulsiones ~ pruebas de embarazo, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual ~ planificación familiar, asesoramiento sobre abstinencia, administración de métodos anticonceptivos ~ servicios de atención prenatal y de posparto ~ consejería de prevención y educación sobre el alcohol y las drogas ~ servicios de salud mental, incluyendo terapia individual, familiar y grupal ~ atención de seguimiento según sea necesario.

Los servicios dentales que ofrece DSBHC incluyen exámenes, limpiezas de rutina, radiografías, aplicación de barniz de fluoruro, y selladores. Todo diagnóstico o evaluación realizado solamente por el higienista dental registrado tiene como fin únicamente determinar los servicios de higiene dental necesarios. La Asociación Dental de Estados Unidos recomienda que un dentista realice un examen dental completo dos veces al año.

**Divulgación de la información:** Entiendo que la información de los registros médicos de mi estudiante es información médica confidencial, y que todas las solicitudes de registros médicos de los niños requieren un consentimiento firmado por el padre, madre o tutor. DSBHC puede divulgar información médica para lo relativo al tratamiento, la atención médica y el pago, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Denver Health. Según lo permitido por las leyes de Colorado, mi estudiante puede solicitar consultas confidenciales, lo que significa que se mantendrá confidencial toda la información médica de dichas consultas. Para que yo o un tercero tenga acceso a los registros médicos con dicha información, mi estudiante debe firmar un permiso de divulgación de la información. Doy permiso para que el personal de DSBHC revise o copie los registros de la escuela de mi estudiante, incluyendo los registros de vacunas, asistencia y todos los registros que necesite el personal de DSBHC para brindar cuidado o tratamiento a mi estudiante.

Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE) proporciona fondos para los servicios de salud que recibe mi estudiante en el centro de salud en la escuela, y el CDPHE puede legalmente recibir información sobre los servicios prestados a los pacientes. El CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y estos datos no identifican individualmente a cada paciente.

**Honorarios de DSBHC, facturación, autorización y consentimiento:** En nombre de mi estudiante, cedo a Denver Health and Hospital Authority (DHHA) todos los beneficios que mi estudiante y yo tengamos derecho a recibir por servicios de atención médica prestados por DSBHC, de cualquier pagador de beneficios, incluyendo a cualquier persona, entidad, compañía de seguros, plan de beneficios médicos o programa de atención médica del gobierno. Autorizo a DHHA a presentar reclamos y a cobrar pagos del pagador de beneficios, y solicito al pagador de beneficios que haga los pagos directamente y solo a la orden de DHHA. Estoy de acuerdo en ayudar a DHHA a presentar reclamos y a cobrarlos del pagador de beneficios de toda manera razonable que se me solicite. Autorizo a DHHA y a sus proveedores de atención médica a divulgar al pagador de beneficios la información de los registros médicos y de facturación de mi estudiante que se necesite para obtener pagos. Entiendo que una vez que se divulgue la información, DHHA no podrá controlar su confidencialidad.

Escuela de estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ # de ID de DPS/Almuerzo: \_\_\_\_\_

Domicilio del estudiante: \_\_\_\_\_

Raza/origen étnico del estudiante. Marque con un círculo todo lo pertinente (opcional):

Hispano/latino    Indígena americano    Blanco    Negro/afroamericano    Asiático    Otro: \_\_\_\_\_

Madre/tutora (nombre): \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Padre/tutor (nombre): \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (diferente de los anteriores): \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica/proveedor de atención primaria del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Información sobre el seguro: Mi hijo tiene cobertura de seguro médico:  SÍ  NO

Health First CO (Medicaid) # de ID: \_\_\_\_\_  CHP+ # de ID: \_\_\_\_\_  CICP/DFAP

Nombre del seguro privado: \_\_\_\_\_ # de la póliza/de miembro: \_\_\_\_\_

Numero de grupo de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

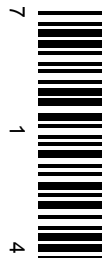
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO:** He recibido el paquete de DSBHC que explica los servicios prestados por DSBHC. Entiendo que este consentimiento permanecerá válido durante 18 meses desde la fecha de mi firma. Entiendo que soy responsable de notificar a DSBHC acerca de todo cambio de tutela o seguro. Puedo revocar este consentimiento para mi estudiante en cualquier momento indicando por escrito a DSBHC que deseo revocarlo.

**Firma del padre/madre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre, madre o tutor en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_



**DENVER HEALTH  
CENTRO DE SALUD ESCOLAR DE DENVER  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
DE VACUNACIÓN**

Name, MR#, Pat#, DOB

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido      Primer nombre      Segundo nombre      MM      DD      AA

**Escuela del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino

**Nombre del padre, madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_

Se ofrecen vacunas en los Centros de Salud Escolares de Denver para proteger a los niños contra muchas enfermedades graves. Antes de vacunar, Denver Health revisa múltiples bases de datos y registros para asegurarse de que se administren a los estudiantes sólo las vacunas que no hayan recibido.

Las vacunas tienen como fin prevenir el cáncer y enfermedades que debilitan o que ponen en peligro la vida. Estas son:

Enfermedad	Vacuna	Enfermedad	Vacuna	Enfermedad	Vacuna
Tétanos	Tdap/Td/DTPA*	Poliomielitis	IPV*	Varicella	Varicella*
Difteria		Hepatitis A	Hep A		
Tos ferina		Hepatitis B	Hep B*	<b>Para niños menores de 5 años</b>	
Sarampión	MMR*	Meningitis meningocócica	MCV4	Diarrea grave	Rotavirus
Paperas		Virus del papiloma humano	HPV9	Enfermedad bacteriana	HIB
Rubéola		Gripe	IIV	Neumonía	PCV13

*NOTA: Cada una de estas vacunas es recomendada por la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). Las vacunas marcadas con un asterisco (\*) son obligatorias para la escuela.*

- Escriba los nombres de las vacunas que **NO** desea que reciba su estudiante: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su estudiante una reacción grave a una vacuna?  
 Sí En ese caso, ¿cuál fue la reacción y a qué vacuna? \_\_\_\_\_  
 No

Doy permiso para que mi estudiante reciba las vacunas en el Centro de Salud Escolar, excepto las vacunas específicas mencionadas anteriormente. Solicito que se le pongan esas vacunas al estudiante nombrado previamente, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Además, acepto que se comparta la información con el proveedor de atención médica primaria de mi estudiante. También estoy de acuerdo en que se guarde el registro de vacunas de mi estudiante en el registro médico de la escuela del niño, en el registro electrónico de salud de Denver (eHR) y en el Sistema de Información de Vacunación de Colorado (CIIS). Se me han ofrecido Declaraciones de Información sobre Vacunas (VIS) con respecto a las enfermedades que se busca prevenir y los riesgos y beneficios de las vacunas administradas, y se han respondido mis preguntas.

El Centro para el Control de Enfermedades (siglas en Inglés-CDC) mantiene una lista actualizada de Documentos de Información de Vacunas (siglas en Inglés-VIS) para cada vacuna. Para la lista más reciente, por favor visite en: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>

Por favor marque con (X) una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ **SI Autorizo al Centro de Salud Escolar de Denver Health a vacunar a mi estudiante**

\_\_\_\_\_ **NO Autorizo al Centro de Salud Escolar de Denver Health a vacunar a mi estudiante**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor      Relación con el estudiante      Fecha (MM/DD/AA)



DENVER HEALTH MEDICAL CENTER  
**CUESTIONARIO PARA PADRES/TUTORES**  
**ANTECEDENTES FAMILIARES DEL NIÑO/ADOLESCENTE**

### Historia clínica del niño / adolescente

1. ¿Toma **medicamentos** el niño?  No  Sí En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido el niño problemas **médicos serios** o **problemas de salud mental**?  No  Sí  
 En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha sido el niño **hospitalizado durante la noche** o ha tenido alguna **cirugía** o alguna **lesión grave**?  No  Sí  
 En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene **ahora** o ha tenido **antes** el niño alguno de los siguientes problemas?
- Alergias a alimentos, medicamentos o cualquier otra cosa... En caso afirmativo, ¿a qué y cual fue la reacción?  
 \_\_\_\_\_
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de nacimiento               | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                     |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre / derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                           |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental / depresión             |
| <input type="checkbox"/> Varicela                              | <input type="checkbox"/> Migrañas                                  |
| <input type="checkbox"/> Retrasos de desarrollo / aprendizaje  | <input type="checkbox"/> Convulsiones                              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                              | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes             |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas / alcohol             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis / TB / Prueba positiva de TB |
|  | <input type="checkbox"/> Otros _____                               |

### Historia de la familia

¿Alguien en su familia (padres, hermanos, abuelos, tíos) tiene **ahora** o ha tenido **antes** alguno de los siguientes

	En caso afirmativo, ¿quién?	¿Lado maternal o paternal?
<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre / derrame cerebral		
<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas / alcohol		
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón		
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta		
<input type="checkbox"/> Colesterol alto		
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental / depresión		
<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis / TB / Prueba positiva de TB		



Firma del padre/madre/tutor

Fecha (mm/dd/aa)



Name, MR#, Pat#, DOB

## DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY

### AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013

**ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA EL DOCUMENTO DETENIDAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta en relación con este Aviso, por favor comuníquese con un Representante de Pacientes llamando al 303.602.2915 o con el Funcionario de Privacidad llamando al 303.436.8886; por fax al 303.602.7024; o por correo a 777 Bannock Street, MC 7776, Denver, CO 80204. Para obtener más información sobre Denver Health, vaya a [www.DenverHealth.org](http://www.DenverHealth.org).

La información médica sobre usted y su salud es privada. Tratamos de proteger sus archivos médicos cuando usted está en el hospital y cuando está siendo atendido en las clínicas. Utilizaremos sus archivos médicos para brindarle atención médica, para cobrar por dicha atención, para administrar el hospital y para cumplir con las leyes. Este Aviso se aplica a todos los sitios de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, clínicas comunitarias y servicios de emergencia de Denver Health and Hospital Authority (Denver Health), excepto en algunas partes del Centro de Control de Venenos y Drogas de Rocky Mountain (Rocky Mountain Poison and Drug Center) y Salud Pública de Denver (Denver Public Health), que no están obligadas a cumplir con las disposiciones de este Aviso.

Este Aviso le informa a usted sobre las maneras en que Denver Health puede utilizar o dar a conocer la información de sus archivos médicos privados. También explica sus derechos y nuestras responsabilidades.

#### **Quién cumplirá las condiciones de este Aviso**

- Cualquier proveedor de atención médica que le trate a usted en cualquiera de nuestros centros
- Todos los empleados, voluntarios y el personal del hospital y las clínicas
- Los estudiantes de medicina que participan en los programas de capacitación
- Cualquier agente externo que trabaje para nosotros que necesite utilizar sus archivos para desempeñar su trabajo

#### **Declaración de recibo**

Entiendo que, de acuerdo con lo permitido y exigido por la ley, el personal de Denver Health utilizará y revelará información de mis archivos médicos sin mi consentimiento o autorización, para:

- **Tratamiento:** Los proveedores de atención médica utilizarán mi historial médico e información sobre los síntomas, exámenes, resultados de las pruebas, diagnóstico, tratamiento y plan de cuidado para atenderme.
- **Pago:** Denver Health utilizará mis archivos médicos para cobrarme a mí, a mi seguro o a otro programa de asistencia por mis servicios médicos si esto aplica a la clínica donde estoy recibiendo atención médica.
- **Administración de Servicios Médicos:** Denver Health utilizará mis archivos médicos para asuntos administrativos del hospital y de las clínicas y para asegurarse de que los pacientes reciban una atención médica de calidad.

De lo contrario, Denver Health observará las restricciones de este Aviso de Normas de Privacidad.

Declaro que he recibido una copia del Aviso de Normas de Privacidad de Denver Health.

\_\_\_\_\_  
Patient/Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Legal Representative's Relationship

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date



**DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY**  
**EL CONSENTIMIENTO GENERAL DEL PACIENTE**  
**PARA EL TRATAMIENTO Y LOS TERMINOS**  
**RELACIONADOS CON EL PAGO (CONSENTIMIENTO”)**

**CAMBIOS A ESTE CONSENTIMIENTO:** ENTIENDO QUE NO PUEDO TACHAR NINGUNA DE LAS DISPOSICIONES DE ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE, SI LO HAGO, DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY PUEDE NEGARSE A PROPORCIONARME ATENCIÓN MÉDICA NO RELACIONADA CON UNA EMERGENCIA. ENTIENDO QUE LOS CAMBIOS QUE YO HAGA NO SERÁN VINCULANTES NI EJECUTABLES.

**DEFINICIONES:** “Denver Health and Hospital Authority” (“DHHA”) comprende todas las instalaciones de DHHA, incluyendo el hospital y las clínicas en secundarios y escuelas, así como las clínicas móviles, oficinas satélite y ambulancias. “Atención médica” incluye servicios rutinarios de hospital, procedimientos de diagnóstico, terapia intravenosa, medicamentos, anestesia, inyecciones, transfusiones de sangre, consejería y otros servicios de salud.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Solicito y acepto recibir atención médica de los proveedores de atención médica de DHHA y de otros a quienes se les permita proporcionar atención médica en DHHA en persona o a través de telesalud (telehealth). DHHA es un hospital docente y parte de mi atención médica puede ser dada por proveedores de atención médica en formación que pueden no ser empleados de DHHA. Tengo derecho a hacer preguntas y a hablar sobre mi tratamiento con mis proveedores de atención médica y tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento. Si decido salir de DHHA antes de que termine mi tratamiento, hablaré con mi proveedor de atención médica antes de salir. Si salgo sin consultar con mi médico, y mi salud, seguridad o bienestar no están en riesgo, se registrará mi salida en los registros de DHHA como Alta en Contra de la Recomendación Médica. Es posible que se me pida que firme otros formularios de consentimiento si se me realiza un procedimiento o tomo parte en un estudio de investigación. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones e incluso la muerte. Reconozco que no se me han dado garantías ni hecho promesas sobre el resultado de mi tratamiento.

**IMÁGENES Y OBSERVACIÓN POR OTROS:** Es posible que mis proveedores de atención médica deseen tener imágenes más fotográficas, de video, digitales y de otro tipo con fines de diagnóstico, tratamiento e identificación, así como con fines educativos. Las imágenes que me identifiquen no saldrán fuera de DHHA sin mi consentimiento, a menos que lo requiera una ley u orden judicial. Tengo derecho a decirles a mis proveedores de atención médica que no quiero que se me tomen imágenes fotográficas, de video, digitales ni de otro tipo. Es posible que los proveedores de atención médica en formación que no me están proporcionando atención médica deseen observar mi atención médica para fines de capacitación y educación. Tengo derecho a decirles a mis proveedores de atención médica que no quiero que otros observen mi atención médica para fines de capacitación y educación.

**REVELACIÓN DE INFORMACIÓN:** Acepto permitir que DHHA y mis proveedores de atención médica revelen información de mis expedientes médicos y de facturas para fines relativos al tratamiento, operaciones de atención médica, como se describe en el aviso de prácticas de privacidad de DHHA, y para la planificación del alta, transferencia y propósitos de seguimiento. Estoy de acuerdo en permitir que DHHA y mis proveedores de atención médica revelen información de mis registros médicos y de facturas a cualquier proveedor que me brinde atención médica y a cualquiera de las partes que puede ser responsable del pago de mis gastos de atención médica, incluyendo las compañías de seguros, programas de ayuda financiera (“programas de ayuda”), empleadores en materia de compensación a los trabajadores, así como la parte responsable de mis lesiones y sus representantes legales y compañías de seguros. Entiendo que una vez que se revela dicha información, DHHA no puede controlar su confidencialidad.

**SEGURO DE SALUD Y PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA:** Entiendo que no hay ninguna garantía de que paguen mis gastos de atención médica el seguro o un programa de ayuda y que debo yo pagar los gastos médicos que no sean pagados por el seguro o por un programa de ayuda. Acepto dar a DHHA, antes o al momento de mi tratamiento, toda la información que tengo sobre todo seguro disponible para pagar mis gastos médicos y sobre toda parte responsable de mis lesiones. Certifico que toda la información que yo proporcione al solicitar beneficios bajo los programas federales y estatales de asistencia médica será verdadera y correcta. Entiendo que debo obtener todas las autorizaciones previas y referencias requeridas por las compañías de seguro y los programas de ayuda para realizar el pago de mis gastos médicos. ENTIENDO QUE DEBO PAGAR LOS GASTOS MÉDICOS QUE NO SON PAGADOS POR EL SEGURO O UN PROGRAMA DE AYUDA PORQUE NO PROPORCIONÉ OPORTUNAMENTE A DHHA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR UN RECLAMO, O PORQUE NO OBTUVE LAS REFERENCIAS Y AUTORIZACIONES PREVIAS O PORQUE DHHA ES UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED. Acepto pagar todos los copagos, deducibles y otros gastos no cubiertos por el seguro o por un programa de ayuda, a menos que el pago no sea requerido por ley o un acuerdo escrito. Entiendo que debo pagar toda atención médica no cubierta o no descontada por el seguro o por un programa de ayuda porque la atención médica es de cirugía cosmética o electiva, o no se considera médicamente necesaria.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RECLAMOS:** Por este medio asigno a DHHA, hasta el monto de mis gastos médicos, todos los beneficios, daños y pagos a que yo tenga derecho a recibir de los seguros de salud, de propiedad, de propietario de negocio, de compensación de trabajadores, de rehabilitación y de discapacidad; y del seguro de vehículos motorizados para pagos médicos, de responsabilidad, sin seguro, con seguro insuficiente, basado en la culpa y de protección contra lesiones personales; y de todo reclamo por negligencia, lesiones personales e incumplimiento de contrato que yo pueda tener en relación con mis lesiones; y de Medicare, Medicaid y otros programas. Por este medio doy a DHHA el derecho a presentar reclamos y recibir pagos directamente de cualquier compañía de seguros, programa de ayuda o la parte responsable de mis lesiones; y por este medio ordeno y pido a tales compañías de seguros, programas de ayuda y partes responsables que efectúen el pago directa y únicamente a la orden de DHHA. Por este medio asigno a DHHA todos y cada uno de los reclamos que pueda yo tener contra cualquier parte responsable de mis lesiones y las aseguradoras de esa parte. DHHA puede, a su discreción, presentar una demanda para recuperar mis gastos médicos en mi nombre o en nombre de DHHA. Estoy de acuerdo en ayudar a DHHA a tramitar su reclamo de cualquier manera razonable solicitada. Por este medio doy a DHHA un poder notarial irrevocable, limitado, para firmar en mi nombre cualquier divulgación, consentimiento, autorización u otro documento requerido por una compañía de seguros para pagar a DHHA. Deseo proveer para el pago de mis gastos médicos en caso de que yo muera y, por lo tanto, en la medida permitida por la ley, autorizo a DHHA que designe a un Representante Personal que registre y administre mis bienes, prevea el pago de reclamos permitidos y otras obligaciones y prosiga cualquier reclamo que tenga mi patrimonio contra cualquier parte responsable de mis lesiones y las aseguradoras de esa parte para la recuperación de mis gastos médicos. El Artículo 27 del Título 38 de los Estatutos Revisados de Colorado permite que DHHA presente gravámenes de hospital contra cualquier ingreso de seguros disponible para pagar mis gastos médicos. DHHA puede incluir mi nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento en cualquier gravamen de hospital que presente DHHA en mi nombre.

**CUENTAS MOROSAS:** Entiendo que ninguna extensión, clemencia o retraso de DHHA en hacer valer sus derechos para que se le paguen mis gastos médicos me librarán de la obligación de pagar mis gastos médicos. Si el saldo que debo a DHHA está atrasado, DHHA puede negarse a darme, hasta donde permita la ley, atención médica no relacionada con una emergencia hasta que mi saldo esté totalmente pagado. Se cobrarán intereses sobre saldos vencidos a una tasa baja del 12% anual o a la tasa más alta permitida por la ley. Si fuera necesario para DHHA el presentar una demanda de cobro en mi contra, DHHA puede presentar dicha demanda en el distrito o los tribunales del Condado de Denver, Colorado. Estoy de acuerdo en que DHHA pueda presentar testimonio en cuanto a mis registros médicos y de facturas en cualquier demanda de cobro y de procedimientos de mediación y descubrimiento relacionados con dicho cobro. En caso de que DHHA gane en el tribunal, estoy de acuerdo en pagar a DHHA honorarios razonables de sus abogados, costas judiciales y gastos de cobro. Autorizo a DHHA para que obtenga copias de mis informes de agencias de crédito y obtenga de cualquier fuente toda información acerca de mí que sea razonablemente necesaria para fines de verificación de identificación, localización y cobro. Doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo por correo ordinario, correo electrónico, texto o teléfono (incluyendo el número de celular/inalámbrico) sobre cualquier asunto relativo a mi cuenta o cuentas. Este consentimiento se aplica a todos los proveedores de atención médica de DHHA o a toda entidad que trabaje en nombre de DHHA. Este consentimiento incluye toda actualización o información de contacto adicional que yo pueda dar, e incluye llamadas telefónicas realizadas mediante tecnología de marcador automático y mensajes pregrabados. Si deseo revocar este consentimiento, estoy de acuerdo en proporcionar un aviso de esa revocación comunicándome con Servicios Financieros de Pacientes de DHHA.

**EXPECTATIVAS DE COMPORTAMIENTO:** Entiendo que, si me muestro física o verbalmente amenazante, hostil o violento en cualquier instalación de DHHA, se me puede negar atención médica adicional que no sea de emergencia. Entiendo que se llamará a Seguridad de DHHA y a la policía y que, si procede, será procesado. También entiendo que mientras esté hospitalizado para tratamiento en Denver Health no puedo salir de mi sala del hospital para salir afuera.

**POLÍTICA DE NO FUMAR:** Entiendo que no estoy autorizado a fumar en el campus de DHHA ni en los lugares adyacentes, ni puedo salir del campus del hospital para fumar durante mi hospitalización.

**CONTRABANDO Y OBJETOS DE VALOR PERSONAL:** Entiendo que no puedo guardar armas, explosivos, drogas, alcohol ni otro contrabando mientras estoy en un local de DHHA. Si DHHA sospecha la presencia de contrabando, DHHA puede revisar mi ropa, mis pertenencias personales y el lugar donde se me atiende. Si se encuentra cualquier contrabando, DHHA puede notificar a la policía, tomar posesión del contrabando y disponer de él en cualquier forma permitida por la ley. Entiendo que no debo guardar en mi poder ningún dinero ni otros bienes de valor en DHHA. DHHA no asume ninguna responsabilidad por daño, robo o pérdida de dinero y otros bienes.

**INMUNIDAD GUBERNAMENTAL:** Pueden proporcionar atención médica o tratamiento en DHHA personas que son consideradas empleados públicos por la Ley de Inmunidad Gubernamental de Colorado. La Ley de Inmunidad Gubernamental Colorado, Artículo 10 del Título 24 de los Estatutos Revisados de Colorado limita la cantidad de daños recuperables de entidades y empleados públicos, requiere una notificación formal de reclamo y pone un plazo de ciento ochenta (180) días para la presentación de tal notificación de reclamo.

**DURACIÓN DE ESTE CONSENTIMIENTO:** Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor mientras reciba atención médica en DHHA, o hasta que yo cancele este consentimiento por escrito. Si cancelo este consentimiento, este se cancelará solamente en cuanto a la atención médica futura y no en cuanto a la atención médica proporcionada previamente. Si ya he recibido atención médica pero mi condición u otras circunstancias me impidieron firmar este consentimiento hasta ahora, entiendo y acepto que las disposiciones de este consentimiento se aplicarán a la atención médica que ya he recibido. Es posible que se me pida que firme formularios de consentimiento adicionales cada año y cada vez que ingrese en el hospital.

**REPRESENTANTE/GARANTE AUTORIZADO:** Si no soy paciente y firmo este consentimiento como representante autorizado del paciente, por este medio declaro que tengo la autoridad legal para firmar en nombre del paciente y entiendo que DHHA confía en la veracidad de esta declaración. Entiendo que tanto el paciente como yo estaremos completamente obligados por todas las disposiciones de este consentimiento. Entiendo que, al firmar este consentimiento como un representante autorizado, GARANTIZO y ACEPTO EFECTUAR EL PAGO DE TODOS LOS GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE y que, si no se efectúa el pago, el paciente y yo estaremos sujetos a los recursos previstos en el párrafo previo titulado Cuentas Morosas.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Yo autorizo la divulgación de mi información médica para fines de tratamiento, pago y atención médica, según se define en el DHHA, un aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que mi información de salud será intercambiada electrónicamente con otras organizaciones y proveedores de atención médica participantes para la continuidad de la atención. Reconozco que puedo cambiar mi estatus de participación, solicitando que salga en cualquier momento escribiendo al departamento a: Denver Health Y Hospital ATTN: Departamento de Administración de Información de Salud, MC: 0296 301 W. 6th Ave Denver CO 80204.

**RECONOCIMIENTO:** Reconozco que he leído este consentimiento y que entiendo y acepto lo que dice. Se han contestado todas las preguntas que tenía acerca de este consentimiento. Nadie me ha forzado a firmar este consentimiento contra mi voluntad. He recibido o se me ha ofrecido una copia de este consentimiento.

**POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE DOY A CONTINUACIÓN SERÁ VERDADERA Y COMPLETA. ENTIENDO QUE DAR FALSA INFORMACIÓN PARA INGRESAR AL HOSPITAL O RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL ES UN DELITO MENOR DE CLASE 1 QUE SE SANCIONA CON HASTA DIECIOCHO (18) MESES DE PRISIÓN O UNA MULTA DE \$5,000.00 O AMBAS COSAS (C.R.S., §§18-13-124 y 18-1.3-501). ENTIENDO QUE, SI DOY INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O INCOMPLETA SOBRE MI IDENTIDAD O DOMICILIO O AL PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA UN PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA, DHHA ME PUEDE DENUNCIAR A LA POLICÍA Y PUEDE NEGARSE A PROPORCIONARME ATENCIÓN MÉDICA QUE NO SEA DE EMERGENCIA.**

Si firma este consentimiento como representante autorizado del paciente, ponga una "X" en la casilla que indique su relación jurídica con el paciente:

- padre o madre del paciente       padrastro o madrastra del paciente       padre o madre adoptiva       cónyuge del paciente  
 tutor legal del paciente       custodio legal del paciente       curador del paciente       poder notarial  
 hijo del paciente mayor de 18 años       otra relación jurídica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente /      Fecha (mm/dd/aa)      Hora (00:00)

Nombre legal completo del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado /      Fecha (mm/dd/aa)      Hora (00:00)

Nombre legal completo del representante autorizado en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo de DHHA /      Fecha (mm/dd/aa)      Hora (00:00)

Nombre del testigo de DHHA en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE OFICINA):**

- Patient is unable to provide consent due to condition.  
 Patient is unable to sign due to condition; however, did provide Oral consent.  
 Patient is a minor. Consent was obtained by telephone from \_\_\_\_\_, who is the patient's:  
\_\_\_\_\_.  
 Patient refused to sign.

\_\_\_\_\_  
DHHA Staff Person's Name (Printed)

