

**DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY  
CONSENTIMIENTO GENERAL DEL HOSPITAL  
PARA TRATAMIENTO Y TÉRMINOS  
RELACIONADOS CON EL PAGO  
("CONSENTIMIENTO")**

**CAMBIOS A ESTE CONSENTIMIENTO: ENTIENDO QUE NO PUEDO TACHAR NADA EN ESTE CONSENTIMIENTO. SI LO HAGO, DENVER HEALTH PUEDE NEGARSE A TRATARME A MENOS QUE YO TENGA UNA EMERGENCIA. ENTIENDO QUE NO SE REQUIERE QUE DENVER HEALTH OBEDEZCA NINGÚN CAMBIO QUE YO HAGA**

**DEFINICIONES:** "Denver Health and Hospital Authority" ("Denver Health") incluye todas las instalaciones de Denver Health, incluidos el campus y el vecindario del hospital, las clínicas móviles y escolares, las oficinas satélite y las ambulancias. "Atención médica" incluye servicios hospitalarios de rutina, pruebas de diagnóstico, terapia intravenosa (terapia administrada a través de una vena), medicamentos, anestesia, inyecciones, asesoramiento sobre transfusiones de sangre y otros servicios de salud. La atención médica se puede brindar en el hospital (a "pacientes hospitalizados") o en una clínica (a "pacientes ambulatorios").

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Me gustaría recibir atención médica de los proveedores de Denver Health y de otras personas autorizadas a tratarme en Denver Health, como paciente ya sea hospitalizado o ambulatorio. La atención ambulatoria puede ser en persona o mediante telemedicina (viéndole a mi proveedor por video). Si uso telemedicina, entiendo que Denver Health protege mi privacidad mediante un sistema encriptado que se rige por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Sin embargo, sé que existen riesgos en la telemedicina, entre otros las interrupciones, el acceso no autorizado y los problemas técnicos. Entiendo que el proveedor o yo podemos interrumpir la consulta de telemedicina si considero que la conexión de video no es buena para mi situación. Denver Health es un hospital universitario y parte de mi atención médica puede ser brindada por proveedores que se están capacitando y que pueden no ser empleados de Denver Health. Tengo derecho a hacer preguntas y a hablar sobre mi tratamiento con mis proveedores, y tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento. Si decido dejar Denver Health como paciente hospitalizado antes de que termine mi tratamiento, hablaré con mi proveedor o proveedores antes de irme. Si me voy y mi proveedor piensa que no me conviene hacerlo, mi salida será registrada como un alta en contra del asesoramiento médico (AMA) en los registros de Denver Health. Si dejo el hospital en contra del asesoramiento médico (AMA), Denver Health no será responsable de nada de lo que me suceda por no seguir los consejos que se me hayan dado. Es posible que me pidan que firme otros formularios de consentimiento si me someto a un procedimiento o si participo en un estudio de investigación. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que la atención que se me brinde puede implicar riesgos de lesiones e incluso la muerte. Sé que no se me han dado garantías ni promesas sobre el resultado de mi tratamiento.

**IMÁGENES Y OBSERVACIÓN POR OTROS:** Es posible que mis proveedores deseen que se me tomen fotos, videos y otras imágenes para ayudar en lo relativo a mi atención médica, para identificarme o para la educación del proveedor. Las fotos o los videos que me identifiquen no se divulgarán fuera de Denver Health sin mi consentimiento, a menos que lo exija la ley. Tengo derecho a decirles a mis proveedores que no deseo que me tomen fotos, videos ni otras imágenes. Es posible que haya proveedores que son estudiantes o que se están capacitando y que no me brindan atención que deseen observar la atención médica que se me presta para capacitarse y educarse. Tengo derecho a decirles a mis proveedores que no deseo que otros observen la atención médica que se me presta para capacitarse y educarse.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Permito que Denver Health y mis proveedores proporcionen información de mis registros para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (incluidos los intercambios de atención médica) como está escrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Denver Health y para que se me atienda cuando salga de Denver Health y como lo requiere la ley. Permito que Denver Health y mis proveedores brinden información de mis registros a cualquier proveedor involucrado en mi atención y a cualquier parte que pueda ser responsable del pago de mi factura de Denver Health, incluidas las compañías de seguros, los programas de ayuda financiera ("programas de ayuda"), los empleadores en asuntos de compensación para trabajadores (por haberme lastimado en el trabajo), y la persona que haya causado mis lesiones y sus abogados y aseguradoras. Entiendo que esta información puede compartirse electrónicamente.

**Reconozco que puedo cambiar mi estado de participación solicitando no participar "OPT OUT" en cualquier momento escribiendo a: Denver Health and Hospital, ATTN: Health Information Management Department MC0296, 301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204.**

Entiendo que una vez que se divulga dicha información, Denver Health no es responsable de que se vuelva a divulgar mi información.

**PROGRAMAS DE SEGURO MÉDICO Y AYUDA FINANCIERA:** Denver Health consta del centro hospitalario y de los proveedores (como mis médicos), por lo que puedo recibir dos facturas separadas por la atención que se me preste (una del hospital y otra de mis médicos). Entiendo que no hay ninguna promesa de que mi seguro o un programa de ayuda vayan a pagar mi factura de Denver Health y que debo pagar toda factura que no pague el seguro o un programa de ayuda. Acepto dar información a Denver Health sobre mi seguro médico y sobre toda persona que me haya causado las lesiones que me hayan hecho venir a Denver Health. Prometo que toda la información que yo proporcione al solicitar beneficios de asistencia médica (Medicaid) será correcta. Entiendo que es posible que yo deba hacer que mi seguro médico o mi programa de ayuda aprueben mi atención médica para que la compañía de seguros o el programa paguen mi factura de Denver Health. ENTIENDO QUE DEBO PAGAR TODA FACTURA DE DENVER HEALTH QUE NO PAGUE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O UN PROGRAMA DE AYUDA PORQUE NO PROPORCIONÉ A DENVER HEALTH INFORMACIÓN PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN, O PORQUE NO OBTUVE APROBACIONES DEL SEGURO, O PORQUE DENVER HEALTH NO TIENE UN CONTRATO CON MI COMPAÑÍA DE SEGUROS (MI COMPAÑÍA ESTÁ "FUERA DE LA RED"), SI LO PERMITE LA LEY. Acepto pagar todos los copagos, deducibles y otros cargos que no estén cubiertos por el seguro o por un programa de ayuda, a menos que la ley o un acuerdo escrito con mi aseguradora no exijan el pago. Entiendo que debo pagar toda atención médica que no esté cubierta o descontada por el seguro o un programa de ayuda porque no se considera que esa atención es médicamente necesaria, como cuando se trata de cirugía estética.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RECLAMOS:** Cedo mis derechos a Denver Health, hasta el monto de mis gastos médicos, en todos y cada uno de los beneficios, daños y acuerdos que pueda tener derecho a recibir de aseguradoras de salud, de dueños de viviendas, de propietarios de negocios, de compensación de trabajadores, de rehabilitación y de discapacidad. Aunque no tiene que hacerlo, Denver Health puede demandar a la persona responsable para recuperar mis gastos de atención médica en mi nombre o en el nombre de Denver Health. Estoy de acuerdo en ayudar a Denver Health en su reclamo de cualquier manera razonable si se me solicita que lo haga. Doy a Denver Health un poder notarial limitado e irrevocable para que firme en mi nombre cualquier

divulgación, consentimiento, autorización u otro documento solicitado por una compañía de seguros para pagar a Denver Health. Deseo que se paguen mis gastos de atención médica en caso de mi muerte y, por lo tanto, en la medida en que lo permita la ley, permito que Denver Health nombre a un Representante Personal para que presente y maneje mi patrimonio, pague reclamos y otras obligaciones, y haga reclamos por gastos contra cualquiera que haya causado mis lesiones. La ley de Colorado permite a Denver Health presentar gravámenes hospitalarios (reclamos sobre la propiedad) contra cualquier seguro disponible para pagar mis gastos de atención médica. Denver Health puede incluir mi nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento en cualquier gravamen del hospital que Denver Health presente por mí.

**CUENTAS ATRASADAS:** Entiendo que, si Denver Health tarda en cobrar mi factura o me da tiempo adicional para pagar, eso no me exime de tener que pagar. Si mi factura está atrasada, Denver Health puede negarse a brindarme atención hasta que se pague mi factura, a menos que la ley no lo permita, como cuando se trata de una emergencia. Se pueden cobrar intereses de las facturas atrasadas a la tasa más alta permitida por la ley. Si Denver Health tiene que demandarme para cobrar mi factura, Denver Health puede presentar dicha demanda en las Cortes del Distrito o del Condado de Denver, Colorado. Acepto que Denver Health pueda proporcionar mis registros médicos y de facturación en cualquier demanda de cobro y asuntos relacionados. En caso de que DHHA gane en la corte, acepto pagarle a Denver Health los honorarios razonables de abogado, los gastos judiciales y los gastos de recaudación. Permito que Denver Health obtenga copias de mis informes de la oficina de crédito y obtenga de cualquier persona cualquier información sobre mí que sea razonablemente necesaria para fines de recaudación. Doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo por correo ordinario, correo electrónico, mensaje de texto o teléfono (incluido el número del celular o del inalámbrico) con respecto a cualquier asunto relacionado con mi cuenta o cuentas. Este consentimiento se aplica a todos los proveedores de Denver Health y a cualquier empresa que trabaje para Denver Health. Este consentimiento incluye toda información de contacto actualizada o adicional que yo pueda proporcionar, e incluye llamadas telefónicas que empleen tecnología de marcador automático y mensajes pregrabados. Si deseo cancelar este consentimiento, acepto notificar este deseo comunicándome con los Servicios Financieros para Pacientes de Denver Health.

**EXPECTATIVAS DE COMPORTAMIENTO:** Entiendo que, si me muestro física o verbalmente amenazador, hostil o violento mientras estoy en Denver Health, se me puede negar toda atención adicional a menos que se trate de una emergencia. Entiendo que se llamará al Departamento de Seguridad de Denver Health y a la Policía y que se me podría enjuiciar. También entiendo que, mientras esté admitido para recibir tratamiento en el hospital como paciente hospitalizado en Denver Health, no puedo salir de mi habitación del hospital para salir.

**POLÍTICA DE NO FUMAR:** Entiendo que no se me permite fumar, usar ningún producto de tabaco, incluidos los cigarrillos electrónicos, ni tampoco vapear, ni en Denver Health ni cerca de Denver Health ni en ninguno de sus locales. No puedo salir de Denver Health para fumar mientras esté hospitalizado.

**CONTRABANDO Y PROPIEDAD PERSONAL:** Entiendo que no puedo guardar armas, explosivos, drogas, marihuana, alcohol ni otros artículos no permitidos por la ley o la política del hospital (contrabando) mientras esté en Denver Health. Si Denver Health sospecha que tengo algún contrabando, Denver Health tiene mi permiso para registrar mi ropa, pertenencias personales y área de atención, y puede hacerlo. Si se encuentra algún contrabando, Denver Health puede tomar posesión de los artículos y deshacerse de ellos de cualquier manera permitida por la ley. Denver Health también puede notificar a la policía. Entiendo que no debo tener dinero ni ninguna otra propiedad de valor mientras esté en Denver Health. Denver Health no se hace responsable por daños, robos o pérdidas de mi dinero ni de otros bienes.

**INMUNIDAD GUBERNAMENTAL:** La atención o el tratamiento médico en Denver Health pueden ser brindados por personas consideradas empleados públicos por la Ley de Inmunidad Gubernamental de Colorado (Artículo 10 del Título 24 de los Estatutos Revisados de Colorado). Esa ley limita la cantidad de dinero que puedo recibir si hago un reclamo o presento una demanda contra Denver Health o sus empleados. Entiendo que la Ley de inmunidad gubernamental de Colorado requiere que yo, o mi abogado, presentemos una notificación formal de reclamo contra Denver Health. Esta notificación debe presentarse dentro de los 182 días posteriores al descubrimiento de que tengo una lesión o según lo establece la Ley de Inmunidad Gubernamental.

**DURACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:** Entiendo que este Consentimiento estará activo mientras reciba atención médica en Denver Health o hasta que yo cancele este Consentimiento por escrito. Si cancelo este Consentimiento, se cancelará solo en lo que respecta a la atención futura y no a la atención que ya he recibido. Si ya he recibido atención médica pero no pude firmar este Consentimiento hasta ahora, acepto que este Consentimiento se aplicará a la atención que ya he recibido. Se me puede pedir que firme formularios de consentimiento adicionales anualmente, en cada admisión al hospital o según lo requiera la política del hospital.

**REPRESENTANTE O GARANTE AUTORIZADO:** Si no soy el paciente y firmo este Consentimiento como Representante Autorizado del paciente, tengo plena autoridad legal para firmar en nombre del paciente y entiendo que Denver Health confía en la veracidad de esta representación. Entiendo que tanto el paciente como yo estaremos totalmente obligados por este Consentimiento. Entiendo que, al firmar este Consentimiento, GARANTIZO Y ACEPTO PAGAR TODOS LOS GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE, y que, si no se realiza el pago, el paciente y yo estaremos sujetos a los recursos provistos en el párrafo titulado CUENTAS ATRASADAS.

**RECONOCIMIENTO:** Reconozco que he leído este Consentimiento y que entiendo y estoy de acuerdo con lo que dice. Se ha respondido a todas las preguntas que yo tenía sobre este Consentimiento. Nadie me ha obligado a firmar este Consentimiento en contra de mi voluntad. He recibido o se me ha ofrecido una copia de este Consentimiento.

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO A CONTINUACIÓN SERÁ VERDADERA Y COMPLETA. ENTIENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA U HOSPITALARIA ES UN DELITO MENOR DE CLASE 1 QUE PUEDE SER CASTIGADO CON UNA CONDENA DE HASTA DIECIOCHO (18) MESES DE ENCARCELAMIENTO O UNA MULTA DE \$ 5,000.00 O AMBAS SANCIONES (C.R.S., §§18-13-124 y 18-1.3-501). ENTIENDO QUE, SI PROPORCIONO INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O INCOMPLETA SOBRE MI IDENTIDAD O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA O AL SOLICITAR UN PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA, DENVER HEALTH PUEDE DENUNCIARME A LA POLICÍA Y PUEDE NEGARSE A PRESTARME ATENCIÓN MÉDICA NO RELACIONADA CON UNA EMERGENCIA.**



Para la atención que recibo hoy como paciente ambulatorio, si corresponde, reconozco que me están atendiendo en una clínica de atención de urgencia \_\_\_\_\_ o en un departamento de emergencias \_\_\_\_\_ de Denver Health. (Indique con sus iniciales dónde le están atendiendo.) Los servicios de emergencia son para las afecciones más graves y, a menudo, resultan en costos de bolsillo más altos para el paciente.

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> padre o madre del paciente         | <input type="checkbox"/> custodio legal del paciente           | <input type="checkbox"/> curador del paciente | <input type="checkbox"/> con poder notarial |
| <input type="checkbox"/> tutor legal del paciente           | <input type="checkbox"/> padre o madre adoptiva/a del paciente | <input type="checkbox"/> cónyuge del paciente |   |
| <input type="checkbox"/> hijo del paciente mayor de 18 años | <input type="checkbox"/> otra relación legal: _____            |   |   |

---

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: \_\_\_\_\_

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

- 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)

