



FECHA: _____

FORMULARIO DE APLICACION PARA LA VACUNA COVID 19

Nombre Legal Completo (Exactamente como esta es su Identificacion)	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Medio	
Fecha de Nacimiento y Sexo	Mes, Dia, Ano de nacimiento	Sexo (Por favor encierre uno) Masculino o Femenino
Direccion	Numero de Casa y Calle, Ciudad, Estado, y Codigo Postal	
Numero de telefono	Casa:	Celular:
Correo Electronico	Correo Electronico Personal	
<u>Seguro Primario</u> Compania de seguro / Numero de la poliza	Compania de seguro	Numero de la poliza
Persona Primaria en el Seguro primario	Nombre de Persona Primaria en el Seguro primario: Fecha de Nacimiento:	
<u>Seguro Secundario</u> Compania de Seguro / Numero de la poliza	Compania de seguro	Numero de la poliza
Persona Primaria en el Seguro secundario	Nombre de Persona Primaria en el Seguro secundario: Fecha de Nacimiento:	

Si usted tiene Medicare – Necesitamos el numero de la Tarjeta de Medicare Tradicional.

(La Tarjeta Roja/Blanca/Azul)

****Por favor escribir en letra imprenta****



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Deseo ser tratado y / o admitido en el HMH Palisades Medical Center. Mientras soy paciente, concedo permiso a mi (s) médico (s), a los empleados del Centro médico y a todos los demás proveedores de cuidado para que brinden la atención de la manera que considere que es beneficiosa para mí. Entiendo que esta atención puede incluir pruebas, exámenes y tratamientos médicos. Entiendo que HMH Palisades Medical Center es un hospital docente y que, bajo la supervisión adecuada, estudiantes de medicina, becarios y residentes médicos de HMH Palisades Medical Center pueden participar en mi cuidado y tratamiento, pero puedo rechazar dicha participación. Los estudiantes de medicina, compañeros y residentes médicos del HMH Palisades Medical Center son estudiantes y / o empleados de HMH Palisades Medical Center. Entiendo que no se me han otorgado garantías sobre el resultado de la atención que recibo. Autorizo a HMH Palisades Medical Center a preservar, usar y / o transferir con fines científicos y / o de enseñanza, o desechar cualquier muestra o tejido extraído de mi cuerpo durante mi tratamiento o admisión, y renuncio a cualquier reclamo o derecho que pueda tener en tales muestras o tejidos.

Opto por no participar del programa de enseñanza.

2. MÉDICOS INDEPENDIENTES: Entiendo y acepto que: (i) los médicos que participan en mi cuidado y tratamiento en HMH Palisades Medical Center son contratistas independientes o profesionales privados a quienes se les ha otorgado el privilegio de utilizar las instalaciones del Centro Médico para el cuidado y tratamiento de su pacientes; (ii) estos médicos no son el agente o empleado de HMH Palisades Medical Center y (iii) HMH Palisades Medical Center no es de ninguna manera responsable del juicio o conducta de ningún médico que brinde servicios médicos en el Centro médico. Si bien los médicos que ejercen en HMH Palisades Medical Center deben ingresar al personal y seguir cumpliendo con ciertos requisitos de educación y experiencia, acepto que HMH Palisades Medical Center no es responsable de la atención que me han dado.

3. DERECHOS DEL PACIENTE: La información sobre las Directivas Anticipadas y la Declaración de Derechos del Paciente de Nueva Jersey está disponible en nuestro sitio web en www.palisadesmedical.org y se puede encontrar en la pestaña "Para pacientes".

4. OBJETOS DE VALOR PERSONAL: Entiendo que HMH Palisades Medical Center y sus empleados no son responsables de la pérdida o el daño de dinero, artículos o propiedad personal. Reconozco que estos artículos deben enviarse a casa con familiares y amigos. Acepto toda la responsabilidad por los artículos que guardo en mi posesión y renuncio a cualquier reclamo que pueda tener si se pierden o se dañan.

5. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: HMH Palisades Medical Center puede usar o divulgar toda o parte de mi información financiera y médica, según lo permita la ley aplicable. Acepto que el Centro médico verifique mi dirección a través de una búsqueda en la base de datos del Sistema Federal de Informes Crediticios y se me puede solicitar que divulgue mi información a las agencias federales y estatales que supervisan las instalaciones de atención médica, así como a las industrias que producen y / o fabrican medicamentos y / o productos médico. Doy mi consentimiento para la divulgación de mi nombre, condición general y número de teléfono de la sala cuando así lo solicite. El Centro médico puede proporcionar acceso a mi información médica a fin de facilitar la prestación de servicios de atención post hospitalaria de los servicios, así como en relación con los esfuerzos del Centro médico para obtener el pago. Puedo acceder a información adicional sobre las políticas de privacidad del Centro médico en www.palisadesmedical.org

6. REQUISITOS PREVIOS A LA CERTIFICACIÓN: entiendo que mi póliza de seguro de salud o programa de beneficios (es decir, Medicare) puede incluir ciertas condiciones relacionadas con la pre certificación y la provisión de atención por parte de proveedores dentro de la red y si no cumplo con esas condiciones, puedo estar responsable de los cargos que de otro modo podrían estar cubiertos por mi seguro. Acepto pagar tales cargos

7. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Autorizo que mis beneficios de seguro de salud sean pagados directamente a HMH Palisades Medical Center. Bajo los términos de mi política, este pago no puede exceder el saldo adeudado por los servicios prestados durante este período de tratamiento. Además, autorizo a HMH Palisades Medical Center a apelar en mi nombre cualquier denegación por parte de mi compañía de seguros.

8. ACUERDO FINANCIERO: Cuando se facture, acepto realizar un pronto pago a HMH Palisades Medical Center por todos los cargos no pagados por mi seguro o programa de beneficios, en la medida en que lo permita la ley. Entiendo que, además de

CON-26S Rev. 01/2018; 04/2018





Patient Label

mi factura del Medical Center, recibiré facturas separadas de médicos por servicios profesionales (es decir, anestesia, servicios de emergencia, patología, radiología, etc.). Autorizo el pago directamente a mis médicos por los beneficios que de otra manera se me pagarían por dichos servicios. Entiendo que (i) estos cargos médicos separados pueden no estar cubiertos, en todo o en parte, por mi seguro o el programa de beneficios, y (ii) los médicos que brindan tratamiento no pueden participar con mi seguro o programa de beneficios. De todos modos, acepto que soy financieramente responsable de todos los gastos del Centro Médico y del médico que no pague mi seguro o programa de beneficios. Entiendo que debo llamar a mi compañía de seguros o al programa de beneficios si tengo preguntas sobre la cobertura del seguro

9. SOLICITUD DE DEPÓSITO: Se me puede solicitar un depósito porque pagaré la totalidad y / o parte de la factura del hospital. La aceptación del pago parcial por parte del Centro Médico no me exime de la responsabilidad del monto total.

10. PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE NEW JERSEY: Entiendo que puedo acceder a Charity Care, Medicaid y NJ Family Care. La información está disponible en www.palisadesmedical.org en la pestaña "Para pacientes" o puedo llamar a la Oficina de Asistencia Financiera del HMH Palisades Medical Center al 201-854-5092.

11. SOLICITUD DE PAGO DE MEDICARE: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago directo de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico al médico u organización que proporciona los servicios o autorizo a dicho médico u organización a enviar un reclamo a Medicare por el pago. EL SERVICIO QUE RECIBE PUEDE NO SER CUBIERTO POR SU SEGURO DE MEDICARE. EN ESTE EVENTO, SERÁ RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS NO CUBIERTOS. Para pacientes hospitalizados de Medicare: He recibido "UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE" / "TRICARE" y entiendo mis derechos como se describe en este documento.

12. SERVICIOS DE MEDICAID: certifico que se han recibido los servicios cubiertos por este reclamo y solicito que el pago de estos servicios se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios hospitalarios a HMH Palisades Medical Center y los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico u organización que proporciona los servicios o autorizo a dicho médico u organización a presentar un reclamo a Medicaid por el pago en mi nombre. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar este reclamo de acuerdo con la política del programa.

13. FOTO DEL PACIENTE: Acepto ser fotografiado como parte del proceso de admisión / registro para que pueda ser identificado de manera efectiva para recibir atención y tratamiento. Mi fotografía puede colocarse en mi pulsera y en mi gistro de paciente.

14. Autorizo a HMH Palisades Medical Center, sus proveedores y agentes, incluidos los cobradores de deudas, a contactarme en cualquier número de teléfono móvil o residencial que proporcione o que haya incluido en mi nombre. Acepto que este contacto puede ser a través de un operador en vivo, voz artificial o pregrabada, o tecnologías de marcado automático para cualquier propósito permitido, incluidas las comunicaciones sobre las comunicaciones de mi cuenta, comunicaciones que pueden contener información de salud protegida. Para revocar esta autorización, debo proporcionar un aviso por escrito de HMH Palisades Medical Center dirigido a "Cuentas de pacientes". Para preguntas o inquietudes, comuníquese con el Servicio al cliente al 201-854-5092.

He leído la información contenida arriba, cualquier pregunta que haya recibido, y entiendo su contenido. Doy fe de que mi información personal proporcionada a HMH Palisades Medical Center es correcta. Entiendo que proporcionar información incorrecta con el propósito de evitar el pago o por cualquier otro motivo puede considerarse una violación de las leyes estatales y / o federales.

Firma del paciente / representante **Fecha** **Hora**
 Patient is medically unable to sign. Incommunicative Unresponsive

Witness Signature
Witness Type: Next of Kin/Power of Attorney (if applicable) Witness Hackensack UMC Employee

