GUNDERSEN HEALTH SYSTEM®

Autorización para tratamiento / pago / revelación de información médica confidencial
Nº de identificación fiscal 39-0813416 (Gundersen Lutheran Medical Center, Inc.)
Nº de identificación fiscal 39-1028657 (Gundersen Clinic, Ltd.)

1. Información del paciente:

_____	_____	_____
Nombre: apellido, nombre, inicial 2º nombre	Número de registro médico	Fecha del servicio

2. El abajo firmante entiende que el tratamiento, debido o no a emergencias, o el procedimiento opcional es considerado y/o apropiado. Los tratamientos y procedimientos serán realizados por médicos, miembros del personal hospitalario y empleados del hospital en la fecha de servicio indicada arriba o como parte de un episodio de atención que abarca la fecha de servicio. Por este medio autorizo que se realicen dichos tratamientos y procedimientos.

3. Para permitir que Gundersen Clinic, Ltd. y/o Gundersen Lutheran Medical Center, Inc. preste sus servicios, el abajo firmante acepta y autoriza lo expuesto a continuación:

   a. Reconozco que soy responsable económicamente de los servicios prestados o del material y equipo utilizado, en la medida en que los beneficios de seguro de accidente o seguro médico no cubran mi factura. Se trata de una obligación de naturaleza familiar y nuestros bienes conyugales, así como mis bienes individuales, podrán servir para cumplir esta obligación.

   b. Por el presente documento, autorizo el pago directo a Gundersen de los beneficios clínicos u hospitalarios que me correspondan, pero sin superar los cargos habituales de la clínica o del hospital durante el período de mi hospitalización o tratamiento.

   c. Por el presente autorizo a Gundersen a revelar cualquier información médica o de otro tipo sobre mi actual hospitalización o episodio de tratamiento a mi seguro médico o su agente en caso de ser necesario para el pago de reclamaciones. Reconozco que si recibo tratamiento por enfermedad mental, VIH, discapacidades en el desarrollo, adicción a las drogas o al alcohol, estos historiales también estarán incluidos.

   d. Por el presente, autorizo a Gundersen a revelar información relativa a mi diagnóstico y tratamiento a mi médico referente/de familia según corresponda.

4. **La presente autorización podrá revocarse por escrito en cualquier momento antes de la revelación de esta información. Entiendo que la presente autorización vencerá al finalizar y liquidarse esta reclamación para este episodio de atención.**

Mediante la firma de esta autorización, usted reconoce que el tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a beneficios no estarán condicionados a la firma de la presente. Si el destinatario autorizado utiliza o revela la siguiente información, la misma podría estar sujeta a futuras revelaciones y dejará de ser información confidencial. Usted también tendrá derecho a inspeccionar y recibir una copia del material que se revelará. ***Pueden obtenerse copias de los expedientes mediante un aviso previo razonable y el pago de los costos de copiado.***

Autorización para Medicare. En la medida en que sea elegible para recibir beneficios de Medicare, al firmar este formulario, certifico que es correcta la información que se me proporcionó al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act). Autorizo a todo aquel que retiene información médica o de otra índole sobre mí para entregar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradores toda información necesaria para la presente reclamación ante Medicare o alguna reclamación relacionada. Solicito que se realice en mi nombre el pago de los beneficios autorizados.

SI UN PACIENTE NO ESTÁ CAPACITADO PARA FIRMAR O ES MENOR DE EDAD, DEBERÁ TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE: Se trata de una transacción de naturaleza familiar. Para permitir que Gundersen preste sus servicios, el abajo firmante pone a disposición sus bienes conyugales, como así también sus bienes individuales, para cumplir esta obligación familiar.

Firma del paciente: _____ **Fecha**: _____

Si lo firma una persona que no es el paciente, deberá indicar su parentesco/relación y la autoridad para firmar.

El paciente es: ☐ Menor ☐ Incompetente ☐ Discapacitado ☐ Otro (especificar): _____

Parentesco/Relación: ☐ Tutor legal ☐ Padre/madre biológico del menor ☐ Agente de salud ☐ Cónyuge
☐ Otro _____