

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS
AND HEALTH CENTERS

GENERAL CONSENT

BIRTHDATE

NAME

CPI NO

SEX M F VISIT NO _____

1. **Consiento voluntariamente** a recibir asistencia médica, de enfermería y otras formas de atención - que podría incluir procedimientos, exámenes, medicinas y tratamientos – en los Hospitales y Centros de Salud de la Universidad de Michigan (HCSUM). Comprendo que tengo el derecho de consentir o rehusar consentimiento a cualquier futura cirugía, procedimiento o tratamiento y que podré discutirlos con mi proveedor de cuidado médico. Entiendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que los resultados de los tratamientos médicos varían de acuerdo al paciente.
2. **Comprendo que los Hospitales y Centros de Salud de la Universidad de Michigan (HCSUM) son instituciones educacionales.** Esto significa que yo podría recibir atención de parte de estudiantes y personal escogidos y supervisados por el personal docente. Los profesores y los estudiantes tendrán acceso a mi expediente médico para propósitos de enseñanza, estudio e investigación.
3. **Comprendo que mis expedientes médicos serán utilizados para mi diagnóstico, tratamiento, cobro por servicios, propósitos de enseñanza y para gestiones médicas.** Ejemplos de gestiones médicas incluyen las investigaciones de resultados y los análisis financieros de los servicios provistos. Entiendo que los HCSUM harán todo lo posible para mantener mis expedientes médicos confidenciales y que la política de los HCSUM es sólo proveer acceso a expedientes y a facturas médicas a las personas que necesitan la información para desempeñar su trabajo.
4. **Mi información médica podría ser utilizada para propósitos de investigación si yo consiento a que así sea o con la autorización de la Junta Institucional de Revisión (JIR) de la Escuela de Medicina.** La información médica puede ser colocada en un banco de datos confidenciales para uso con propósitos de investigación o instrucción.
5. **Acepto que los HCSUM puedan compartir la información en mi expediente médico, incluyendo información sobre el VIH, SIDA, abuso de sustancias, servicios sociales y psicológicos con: (A) Proveedores de atención médica** con el propósito de promover un mejor cuidado y tratamiento médico. **(B) Terceros partidos tributarios** tales como grupos de seguro médico, Medicare, Medicaid, y sus respectivos agentes. Esto también incluye a aquellas entidades que sean responsables por cualquier parte del pago relacionado con mi tratamiento. **(C) Abogados** que trabajan o representan a los HCSUM; **(D) Agencias de regulación;** **(E) Agencias estatales o federales de acuerdo a la ley.**
6. **Comprendo que durante el diagnóstico y el tratamiento se tomarán muestras de tejido, fluidos y otros tipos de muestras.** Los HCSUM examinarán las muestras de tejido, los fluidos y toda otra muestra obtenida y las utilizarán durante el diagnóstico y tratamiento de mi salud médica y para propósitos de investigación y aprendizaje. Los HCSUM podrán deshacerse de mis muestras de tejido, fluidos y otros ejemplares de una manera apropiada y sin costo a mi persona. Los HCSUM podrán retener mis muestras de tejido, fluidos y otros ejemplares para propósitos de investigación, instrucción y otros fines.

NAME

CPI NO

- 7. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el virus que causa el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). **Comprendo que de acuerdo a la ley estatal de Michigan, se puede realizar una prueba del VIH a un paciente si algún empleado médico o técnico de emergencia es expuesto a la sangre o a otro fluido corporal del paciente a través de contacto interno, una herida abierta o a través de las membranas mucosas.** Comprendo que si este tipo de contacto ocurre, se realizará una prueba aún sin mi consentimiento. Si se realiza la prueba, seré informado de los resultados y recibiré orientación sobre cómo proceder.
- 8. Excepto si es prohibido por cualquier acuerdo entre mi compañía de seguro y los HCSUM o por la ley federal o estatal, **acepto responsabilidad por los co-pagos, deducibles u otros cobros por servicios médicos no cubiertos ni costeados por la compañía de seguro u otra tercera entidad. Yo autorizo a los HCSUM a demandar el pago de las terceras entidades y asigno todos los derechos y beneficios a los HCSUM.** Ayudaré a los HCSUM en el proceso de obtener estos pagos. Sujeto a cualquier ley federal o estatal, también consiento a pagar todos los costos, cuotas de abogados, gastos e intereses en caso de que los HCSUM tengan que tomar medidas para recuperar los gastos por servicios no costeados por la compañía de seguro u otras terceras entidades por mi falta de pago por estos servicios.
- 9. **Comprendo que cualquier miembro del personal de los HCSUM me puede proveer con un panfleto sobre los derechos y responsabilidades del paciente según lo establecido por la ley de Michigan.**
- 10. **Comprendo que puedo pedir información sobre Voluntad Anticipada si así lo deseo.** Puedo pedir que mi Voluntad Anticipada sea incluida en mi expediente médico. Comprendo que mi cuidado médico no será afectado si aún no he expresado mi Voluntad Anticipada.

Confirmando que he leído este formulario, o que alguien me lo ha leído. Entiendo su contenido y estoy de acuerdo con las especificaciones de este formulario. Comprendo que este formulario quedará vigente para cualquier cuidado médico recibido en los HCSUM hasta que sea revocado por mi o por mi representante legal.

Nombre del Paciente o del Representante Legal Autorizado / Fecha

Firma del Paciente o del Representante Legal Autorizado / Fecha

Testigo / Fecha