



AUTHORIZATION OF TREATMENT (AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO)

1. I, (or _____ for _____ knowing that I, _____ (or _____) am (is) being seen for a condition requiring hospital care, preventative healthcare and/or healthcare maintenance, do hereby voluntarily consent to such healthcare encompassing routine diagnostic procedures and medical treatment, including HIV testing, as may be ordered and/or recommended by physicians and/or appropriate designee responsible for my medical care. I further understand that if my healthcare providers recommend HIV testing as part of my medical treatment and/or care, I will have the opportunity to consent or refuse such testing at the time the recommendation of HIV testing is discussed with me.
2. I consent to treatment by authorized employees of Grady Health System and by those members of its Professional Staff who are assigned to my care and understand that my physician and/or appropriate designee shall use and disclose Protected Health Information (PHI) for treatment, payment and health care operations in accordance with the conditions and requirements of the HIPAA Privacy Rule and other applicable law, that includes sharing of PHI across the Grady Health System to promote a continuum of my healthcare.
3. I consent to having my picture taken to improve the accuracy of patient identification.
4. I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science and I acknowledge that no guarantees are made to me as to the results of diagnostic examinations or medical care provided in the hospital and/or the ambulatory care setting.
5. I understand that in **an emergency situation, the Grady Health System shall make any disclosures of PHI that are required by law, including but not limited to**, the disclosure of PHI to notify, assist in the notification of identifying and/or locating a family member, a Personal Representative of the patient, or another person responsible for the care of the patient. The disclosure of PHI shall be limited to the minimum amount of PHI required to accomplish the intended purpose.
6. I understand that Physician Assistants, Nurse Practitioners, Certified Nurse Midwives, and Behavioral Health Clinical Nurse Specialists and/or students may be utilized as support providers in my care.
7. I acknowledge that information will be provided through the use of video, audiotapes, pamphlets, booklets or other means of communications, through conversation with the responsible physician, or other personnel under the supervision and control of the responsible physician. Other medical personnel involved in the course of my treatment include: Physician Assistants, Nurse Practitioners, nurses, trained counselors or patient educators.
8. I have received information concerning my rights and responsibility as a patient. I understand that I will be an active participant in my healthcare and provided with ample opportunity to ask questions and questions asked will be answered or explained satisfactorily.

ASSIGNMENT OF BENEFITS/FINANCIAL AGREEMENT

If I am entitled to benefits under Medicaid, Medicare, insurance or other healthcare benefit plan, i.e., anyone legally responsible for my hospital bills, I authorize release of any information needed to act on this request. I direct that payment of benefits be made on my behalf to Grady Health System, referred to as "Hospital." I hereby assign all Medicaid, Medicare and insurance payments to the Grady Health System for services provided.

Affix Patient Label:

The Hospital, Emory Medical Care Foundation, Inc., and/or Morehouse Medical Associates, are hereby authorized to provide all necessary information appropriate in order to obtain Medicaid, Medicare, and insurance payments. I hereby

assign Medicaid, Medicare, and insurance payments for physician services to Emory Medical Care Foundation, Inc., and/or Morehouse Medical Associates. I understand it is my obligation to know my insurance requirements and to ensure that requirements have been fulfilled. I understand and agree that I am financially responsible for any charges not covered by this assignment and agree to pay the full balance that is not payable by medical insurance plan (certain regulations and exceptions apply for Medicare and Medicaid Beneficiaries, and City of Atlanta Employees). If my current policy prohibits direct payment to Grady Health System, I will mail payment directly to Grady Health System for the medical expense benefits allowable and otherwise payable to me, under my current benefits policy as payment towards the total charges for the services rendered.

I authorize Grady Health System to be my Personal Representative, which allows Grady to, (1) Submit any and all appeals including arbitration, when my insurance carrier denies benefits to which I am entitled, (2) Submit any and all requests for benefit information from my insurance carrier, and (3) Initiate formal complaints to any State or Federal agency that has jurisdiction over my benefits. This assignment will remain in effect until revocation by me in writing.

I hereby consent to the release of information to the Georgia Medical Care Foundation which will conduct a review of my medical records and make determinations of medical necessity, appropriateness, quality of patient services and items for which payment may be made in whole or in part under the Medicare Prospective Payment System. I understand that the Georgia Medical Care Foundation may, as a result of their review, determine that part or all of my stay is medically unnecessary. If this occurs, I will be informed of any resulting denials and the procedures for requesting reconsideration.

I hereby assign to authorize payment to Grady Health System, Emory Medical Care Foundation, Inc., and/or Morehouse Medical Associates, any benefits payable to me under the Georgia Motor Vehicle Accident Reparations Act (No Fault Insurance) but not to exceed the Hospital's regular charges.

Signature of Patient or Patient Representative Date Time
MRN: _____

Interpreter Date Time

Preferred Language: _____

If patient is unable to consent or is a minor complete the following:

Patient is a minor or is unable to consent because _____

Signature of Closest Relative or Date Time
Legal Guardian

Relationship to Patient

Witness Date Time

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO (*AUTHORIZATION OF TREATMENT*)

1. Yo, (o _____ por _____, sabiendo que yo, _____ (o _____) estoy (está) siendo atendido(a) por una condición que necesita cuidado hospitalario, atención médica preventiva y, o mantenimiento de la salud, por la presente doy mi consentimiento voluntario para dicho cuidado, incluyendo los procedimientos de diagnóstico rutinarios y el tratamiento médico, la prueba de VIH, como pueda ser indicada o recomendada por los médicos y, o la persona designada adecuada quien es responsable de mi atención médica. Además, tengo entendido que si el proveedor de atención médica recomienda la prueba de VIH como parte de mi tratamiento médico y, o de mi cuidado, tendré la oportunidad de permitir o rechazar dicha prueba al momento en que me presenten la recomendación de esta prueba de VIH.
2. Doy mi autorización para el tratamiento por empleados autorizados del Sistema de Salud Grady y por aquellos miembros de su personal profesional asignados a mi cuidado, y tengo entendido que mi médico y, o sus designados adecuados utilizarán y revelarán información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de la salud de acuerdo a las condiciones y requisitos de las reglas de privacidad del Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud o HIPAA, por sus siglas en inglés, y por otras leyes pertinentes, que incluye el compartir la información de salud protegida a través del Sistema de Salud Grady para promover la continuidad de mi atención médica.
3. Doy mi consentimiento para que se tome mi foto para mejorar la exactitud de la identificación del paciente.
4. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no me han ofrecido ninguna garantía como resultado de las evaluaciones de diagnóstico o de la atención médica brindada en el hospital y, o en los lugares de cuidado ambulatorio.
5. Tengo entendido que si ocurre una **situación de emergencia, el Sistema de Salud Grady hará cualquier revelación de la información de salud protegida que se requiera por ley, que incluye, pero no se limita a**, la revelación de información protegida para notificar, ayudar en la notificación de la identificación y, o la ubicación de un familiar, un representante personal del paciente, u otra persona responsable del cuidado del paciente. Esta revelación de información de salud protegida debe estar limitada a la cantidad mínima requerida para conseguir el objetivo deseado.
6. Tengo entendido que los ayudantes de médicos, los enfermeros facultativos, las enfermeras parteras certificadas, los enfermeros especialistas clínicos certificados en la salud del comportamiento y, o los estudiantes pueden participar como proveedores de apoyo en mi atención médica.
7. Reconozco que se proporcionará información a través del uso de videos, cintas de audio, folletos, cuadernillos u otros medios de comunicación, a través de conversaciones con el médico responsable de mi cuidado u otro personal bajo supervisión y control de este médico. Otro personal médico que participa en el curso de mi tratamiento incluye: Ayudantes de médicos, enfermeros facultativos, enfermeros, consejeros entrenados o educadores de los pacientes.
8. He recibido información sobre mis derechos y responsabilidades como paciente. Tengo entendido que seré un participante activo en mi atención médica y que se me proporcionarán suficientes oportunidades para hacer preguntas y que éstas serán contestadas o explicadas de manera satisfactoria.

A. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y, O ACUERDO FINANCIERO

Si tengo derecho a recibir beneficios bajo el programa de Medicaid, Medicare, seguros médicos u otros planes de beneficio del cuidado de la salud, por ejemplo, alguna persona legalmente responsable por mis cuentas hospitalarias, autorizo a la revelación de cualquier información que sea necesaria para llevar a cabo esta petición. Autorizo a que los pagos de beneficios sean otorgados en mi nombre al Sistema de Salud Grady, denominado también como "Hospital". Por la presente asigno al Sistema de Salud Grady todos los pagos del Medicaid, Medicare y de otros seguros médicos por los servicios prestados.

Affix Patient Label:

El Hospital, la Fundación de Cuidado Médico de Emory, Inc., (*Emory Medical Care Foundation, Inc.*) y, o los Asociados Médicos de Morehouse (*Morehouse Medical Associates*), por la presente están autorizados a proporcionar toda la información necesaria y adecuada para poder obtener los pagos del Medicaid, el Medicare y los seguros médicos. Por la presente asigno a la Fundación de Cuidado Médico de Emory y, o a los Asociados Médicos de Morehouse los pagos de Medicare, Medicaid y de seguros médicos por los servicios prestados por los médicos. Tengo entendido que es mi obligación saber los requisitos de mi seguro y asegurarme que éstos se hayan cumplido. Tengo entendido y estoy de acuerdo en que soy financieramente responsable por cualquier cargo que no tenga cobertura bajo esta asignación y estoy de acuerdo en pagar el balance total que no haya sido pagado por el plan de seguro médico (ciertas regulaciones y excepciones son pertinentes para los beneficiarios de Medicaid y Medicare y para los empleados de la ciudad de Atlanta). Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al Sistema de Salud Grady, enviaré el pago por correo directamente al Sistema de Salud Grady por los beneficios de gastos médicos permisibles y que de otra manera serían pagaderos a mi persona, bajo mi póliza de beneficios actual, como pago por los gastos totales por los servicios prestados.

Autorizo al Sistema de Salud Grady para sea mi representante personal, lo que permite a Grady, (1) Someter cualquier y toda apelación que incluye arbitraje, cuando mi seguro médico se niega a otorgar los beneficios a los que tengo derecho, (2) Someter cualquier y toda petición para la información de beneficios de mi seguro médico e (3) Iniciar querellas formales a cualquier agencia estatal o federal que tiene jurisdicción sobre mis beneficios. Esta asignación permanecerá en efecto hasta que sea anulada por mi persona de manera escrita.

Por la presente doy mi autorización para que se suministre información a la Fundación de Cuidado Médico de Georgia, que llevará a cabo una revisión de mis expedientes médicos y hará determinaciones de la necesidad médica, lo adecuado del servicio, la calidad del servicio al paciente y los artículos por los cuales se pueden hacer los pagos en su totalidad o en parte bajo el Sistema de Pago Posible del Medicare. Tengo entendido, que como resultado de su revisión, La Fundación de Cuidado Médico de Georgia puede determinar que parte de, o toda, mi estadía es médicamente innecesaria. Si este es el caso, seré informado de cualquier negativa que resulte debido a dicha revisión y de los procedimientos a seguir para solicitar una reconsideración.

Por la presente asigno y autorizo el pago de cualquier beneficio que se me haya concedido bajo el Acta de Indemnizaciones por Accidentes Automovilísticos (Seguro Sin Falta) al Sistema de Salud Grady, a la Fundación de Cuidado Médico de Emory, Inc., y, o a los Asociados Médicos de Morehouse, sin embargo, dicho pago no puede exceder los cargos regulares del Hospital.

Firma del paciente o de su representante
Signature of Patient or Patient Representative MRN: _____

Fecha *Date*

Hora *Time*

Intérprete *Interpreter*

Fecha *Date*

Hora *Time*

Idioma preferido *Preferred Language:* _____

Si el paciente no puede autorizar o es un menor, complete lo siguiente *If patient is unable to consent or is a minor complete the following:*

El paciente es un menor o no puede dar su consentimiento porque *Patient is a minor or is unable to consent because*

Firma del pariente más cercano o del tutor legal
Signature of Closest Relative or Legal Guardian

Fecha *Date*

Hora *Time*

Parentesco con el paciente *Relationship to Patient*

Witness *Testigo*

Fecha *Date*

Hora *Time*