

**Do not write in this box**



DT5146  
AMB Consent for Tx

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

1. **MEDICAL CONSENT:** I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science and I acknowledge that no guarantees have been made to me as to the result of treatments or examinations. I voluntarily consent to medical care, including routine diagnostic procedures, surgery and medical treatment by the medical staff at **The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians** or their assistants or designees as is necessary in their judgment for the patient listed above.
2. **ACADEMIC MEDICAL CENTER:** I understand that as an Academic Medical Center and teaching facility, patients are seen by staff physicians, resident physicians and other healthcare students and observers.
3. **RADIATION EXPOSURE:** I am aware that some imaging tests and procedures, beneficial to my care, may expose me to radiation. I understand my radiation exposure will be kept as low as possible. Any specific risk associated with the test or procedure or radiation will be explained to me by my physician. I understand I have the right to refuse the test or procedure.
4. **CLINICAL PHOTOGRAPHY AND VIDEO MONITORING:** The use of clinical photography and video monitoring in some circumstances may be considered routine to patient care. Except in an emergency, I understand I:
  - Will be informed prior to the clinical photography or video monitoring of the use and purpose of the picture or video;
  - Have the right to refuse clinical photography or video monitoring;
  - Have the right to withdraw consent for future clinical photography or video monitoring at any time; and
  - Have the right to request an amendment of the medical record to remove clinical photography or video monitoring from the record by contacting the Privacy Officer.

Patient identification photos may also be taken to insure patient identity and facilitate medical care. Photos will be updated when my physical condition changes significantly.
5. **SCIENTIFIC STUDY AND DISPOSAL OF HUMAN TISSUE AND BODY FLUIDS:** I consent that The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians may retain, study, use and/or dispose of any blood, fluid, specimen or tissues which may be removed from me during my visit.
6. **BLOOD/BODY FLUID EXPOSURE:** I understand and consent to testing for Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis, and/or other blood-borne illnesses if an individual is exposed to my blood or other bodily fluids. I understand law permits this testing, and should such testing occur, I will not be billed for it.
7. **RELEASE OF INFORMATION:** I understand the confidentiality of all medical records and information will be protected to the full extent of the law and will only be disclosed with my prior written authorization, unless the disclosure is otherwise permitted or required by applicable law. Please refer to the, The University of Kansas Medical Center Notice of Privacy Practices which governs release of information.
8. **COMMUNICATIONS CONSENT:** By providing my cell, landline, or any other number(s), I expressly consent to receiving communications from UKHS and its agents, including those that may be made using an automatic or computer-assisted telephone dialing system, text messaging and/or artificial or prerecorded voice message. These parties may use this information to contact me for any purpose related to my care or UKHS' operations, including but not limited to, appointments, health care reminders, wellness checkups, pre-registration, and pre-operative instructions. I understand that depending on my phone plan I could be charged for these calls or text messages.
9. **PERSONAL VALUABLES:** I understand that The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians are not responsible for the loss or damage of any personal items (i.e. money, credit cards, jewelry, clothing, etc.) I wish to keep with me and that The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians will not replace any lost or damaged goods.
10. **IMPLANTED MEDICAL DEVICES:** I understand The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians, when required, will release my social security number to the manufacturer of any medical device implanted or prescribed to me so that I may be notified in the event of a recall.

My signature below acknowledges that I have read and understand this document and am authorized to sign.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Surrogate Decision-maker\*

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Surrogate Decision-maker\*

\*Relationship to Patient: \_\_\_ Parent \_\_\_ Legal Guardian

\_\_\_ Durable Power of Attorney (DPOA)

\_\_\_ Other/Relationship: \_\_\_\_\_

Interpreter Required: \_\_\_ YES \_\_\_ NO

Mode of Interpretation: \_\_\_Sight Translated \_\_\_Interpreted

\_\_\_\_\_  
Signature of Interpreter

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Today's Date

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
Today's Date

\_\_\_\_\_  
Time

\*Authorization must be signed by the patient, or if applicable, by an appropriate surrogate decision-maker



THE UNIVERSITY OF  
KANSAS HEALTH SYSTEM

4000 Cambridge Street  
Kansas City, Kansas 66160

**CONSENTIMIENTO PARA EL  
TRATAMIENTO MÉDICO**

No escriba en este cuadro



DT5146  
AMB Consent for Tx

Nombre: \_\_\_\_\_

F. de N.: \_\_\_\_\_

Registro médico n.º \_\_\_\_\_

- CONSENTIMIENTO MÉDICO:** Tengo plena conciencia de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en relación con el resultado de los tratamientos o exámenes. Doy mi consentimiento de manera voluntaria para recibir atención médica, inclusive procedimientos rutinarios de diagnóstico, cirugía y tratamiento médico por parte del personal médico en **The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians** o sus asistentes o personas designadas de la manera que sea necesaria a su criterio para el paciente indicado anteriormente.
- CENTRO MÉDICO ACADÉMICO:** Entiendo que como centro médico académico y centro de enseñanza, los pacientes son atendidos por parte de médicos del personal, médicos residentes y otros estudiantes y observadores de la atención a la salud.
- EXPOSICIÓN A RADIACIÓN:** Estoy enterado de que algunas pruebas y procedimientos de imaginología, que son beneficiosos para mi salud, pueden exponerme a radiación. Entiendo que la exposición a la radiación se mantendrá lo más baja posible. Mi médico me explicará los riesgos específicos asociados con la prueba, el procedimiento o la radiación. Entiendo que tengo derecho a negarme a la prueba o procedimiento.
- FOTOGRAFÍA CLÍNICA Y CONTROL MEDIANTE VIDEO:** El uso de la fotografía clínica y el control mediante video en algunas circunstancias se puede considerar atención de rutina. Excepto en caso de emergencia, entiendo que:
  - Antes de tomar fotografías clínicas o de realizar un control mediante video, me informarán acerca del uso y fin de la fotografía o video.
  - Tengo el derecho a negarme a las fotografías clínicas o el control mediante video.
  - Tengo el derecho de retirar el consentimiento para futuras fotografías clínicas o control mediante video en cualquier momento.
  - Tengo el derecho de solicitar una modificación de los registros médicos para eliminar las fotografías clínicas o el control mediante video de los registros comunicándome con el Funcionario de Privacidad.
 También se pueden tomar fotografías que identifiquen al paciente para asegurar la identidad del paciente y para facilitar la atención médica. Se actualizarán las fotos cuando mi estado físico cambie significativamente.
- ESTUDIO CIENTÍFICO Y ELIMINACIÓN DE TEJIDOS HUMANOS Y FLUIDOS CORPORALES:** Doy mi consentimiento para que The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians guarden, estudien, usen y/o eliminen la sangre, los fluidos, las muestras o tejidos que me extraigan durante las visitas.
- EXPOSICIÓN A SANGRE/FLUIDOS CORPORALES:** Entiendo y doy mi consentimiento para que me realicen una prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), hepatitis y/u otras enfermedades que se transmitan a través de la sangre si una persona se ve expuesta a mi sangre u otros fluidos corporales. Entiendo que la ley permite estas pruebas y si hubiera que hacerlas, no me cobrarán por realizarlas.
- DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Entiendo que se protegerá la confidencialidad de todos los registros médicos en la medida que lo permita la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad de The University of Kansas Medical Center regula la divulgación de la información. Autorizo a The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians a que divulguen información médica a cualquier compañía de seguros o agencia de autorización con el fin de obtener el pago. También autorizo la divulgación de información médica a mi médico de atención primaria o a los médicos que realicen derivaciones o a otros proveedores de atención médica involucrados en los servicios de atención a los pacientes. La información médica puede incluir registros relativos a la atención de salud mental, enfermedades contagiosas, VIH/SIDA y/o tratamiento para abuso de alcohol/drogas. Autorizo la divulgación de estos registros.
- OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** Entiendo que The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians no son responsables por la pérdida o daño de objetos personales (es decir, dinero, tarjetas de crédito, joyas, ropa, etc.) que desee guardar conmigo y que The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians no reemplazarán ningún objeto dañado o perdido.
- DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTADOS:** Entiendo que The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians, cuando sea necesario, divulgarán mi número de seguro social al fabricante de cualquier dispositivo médico que me hayan implantado o recetado para que me notifiquen en caso de que retiren el producto del mercado.

A través de mi firma reconozco que he leído y entendido este documento y estoy autorizado a firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o sustituto de toma de decisiones\*

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del sustituto de toma de decisiones

\*Relación con el paciente:  Padre  Tutor legal

Poder duradero (DPOA, por su sigla en inglés)

\_\_\_\_\_  
Otro/Relación:

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Hora

Intérprete requerido:  Sí  NO

Modo de interpretación

Traducido a la vista  Interpretado

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del intérprete

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Hora

\*La autorización la debe firmar el paciente, o si corresponde, un sustituto para tomar decisiones adecuado.



THE UNIVERSITY OF  
KANSAS HEALTH SYSTEM

4000 Cambridge Street  
Kansas City, Kansas 66160

Do not write in this box



Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**I have been offered the Notice of Privacy  
Practices for The University of Kansas Health System  
Organized Health Care Arrangement**

***Me han ofrecido el Aviso sobre las Normas de Privacidad del The  
University of Kansas Health System Organized Health Care  
Arrangement***

Мне было предложено "Заявление о правилах конфиденциальности"  
**Медицинского центра Канзасского университета** Обеспечение  
организованных медицинских услуг

के यू चिकित्सकीय केन्द्र संगठित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था (KU Medical Center Organized Health Care  
Arrangement)-मा गोपनीयतासम्बन्धी प्रयोगमा ल्याइने प्रक्रिया बारे मलाई जानकारी उपलब्ध गराइयो

\_\_\_\_\_  
Signature (*Firma*)

\_\_\_\_\_  
(*Подпись*) हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_  
Date (*Fecha*)

\_\_\_\_\_  
(*Дата*) तारिख

 <p><b>THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM</b> 4000 Cambridge Street Kansas City, Kansas 66160 <b>FINANCIAL POLICY</b></p>	<p><b>Do not write in this box</b></p>  <p>D T 5 1 4 9 AMB Financial Policy</p>	<p><b>Name:</b> _____</p> <p><b>DOB:</b> _____</p> <p><b>MR#</b> _____</p>
--	--	--

Gracias por seleccionar The University of Kansas Health System como los proveedores de atención médica para usted y su familia. Deseamos que todos nuestros pacientes entiendan nuestras políticas financieras relacionadas con los pagos, la presentación ante el seguro y la cobranza.

Llame a registros o informe al personal al momento de ingresar siempre que cambie su dirección, número de teléfono, estado de su familia, seguro, etc.

Necesitamos una copia de sus tarjetas de seguro. Necesitamos su información de seguro para presentar los reclamos. Si no puede proporcionar una tarjeta de seguro actual, será responsable por sus tarifas al momento del servicio. También presentaremos un reclamo de seguros si nos da la tarjeta de seguro. Después de que la compañía de seguros haya realizado el pago, le devolveremos las sumas adeudadas.

Todos los copagos, los deducibles, las autorizaciones y/o las remisiones se pagan al momento del servicio. Si tiene una compañía de seguros de HMO, es su responsabilidad obtener una autorización de remisión de seguro de su médico de atención primaria. Esta remisión debería especificar The University of Kansas Health System, The University of Kansas Hospital y/o The University of Kansas Physicians, el nombre del proveedor específico que verá y el rango de tiempo que cubrirá la remisión.

Si The University of Kansas Hospital o The University of Kansas Physicians no tiene un contrato con su compañía de seguros, es posible que su visita se considere fuera de la red. Esto puede aumentar sus costos en efectivo o le pueden negar los servicios. Es posible que esté en la red para The University of Kansas Hospital y no para su médico.

Si no tiene seguro de salud, o si está fuera de la red con su seguro, será responsable de pagar todos los servicios prestados. Si firma este documento, acepta pagar a The University of Kansas Health System los montos facturados por el tratamiento al momento de la visita. Si no tiene seguro, es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera.

Las clínicas de proveedores son las clínicas que operan en instalaciones de hospitales y tienen personal de enfermería y personal de apoyo del hospital. Para esas clínicas hay tarifas separadas que representan los servicios médicos y los servicios hospitalarios. Algunas clínicas de The University of Kansas Health System son clínicas de proveedores. Ya que está siendo atendido en una clínica de proveedores, se presentarán dos reclamos para su visita, uno por el hospital y uno por el proveedor. Los copagos de pacientes y el coseguro variarán en función de la ubicación en la que lo ven y los servicios que recibe. Tenga en cuenta que recibirá dos estados de cuenta separados para todos los servicios de radiología, laboratorio y patología.

Los estados de cuenta mensuales se enviarán por correo de The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians. Recibirá dos estados de cuenta, uno del hospital por los cargos del centro y uno por los cargos profesionales. Revise sus estados de cuenta para determinar su exactitud y realice las preguntas a nuestra oficina de facturación. Las cuentas se enviarán a una agencia de cobranza después de 90 días de inactividad. Si tiene un plan de pagos y se saltea su pago mensual, es posible que su cuenta se envíe a cobranzas.

Los pacientes que no acuden a sus citas y no avisan por adelantado a la clínica, impiden que otros pacientes sean vistos en forma oportuna. Proporcione al menos 24 horas de aviso por adelantado si necesita cancelar o reprogramar sus citas, llamando a la clínica directamente o llamando al Centro de recursos de salud al (913) 588-1227. Los pacientes que reiteradamente no acuden o no cancelan sus citas programadas pueden estar sujetos a destitución por el departamento individual afectado o por otros departamentos dentro de Health System.

**AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN:** Doy mi consentimiento para que The University of Kansas Health System, o cualquier entidad a la que The University of Kansas Health System asigne mi cuenta, se comuniquen conmigo mediante correo, correo electrónico o por teléfono (incluso por teléfono celular) para tratar asuntos relacionados con mi cuenta. También doy mi consentimiento para el uso de información de contacto actualizada o adicional que yo pueda proporcionar a The University of Kansas Health System, o cualquier entidad a la que The University of Kansas Health System asigne mi cuenta. Doy mi consentimiento para el uso de tecnología, inclusive un sistema de marcado automático y/o mensaje de voz artificial pregrabado, para comunicarse conmigo a fin de tratar asuntos relacionados con mi cuenta. Entiendo que estas llamadas son con el fin de cobrar deudas y no con fines de telemarketing o publicidad. Entiendo que puedo revocar este consentimiento para las llamadas automáticas en cualquier momento comunicándome con el Servicio al Cliente de The University of Kansas Health System al 913 588 5820 (número gratuito: 1-877-287-6268).

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE BENEFICIOS**

Autorizo la divulgación de toda la información solicitada por The University of Kansas Health System de acuerdo con mis solicitudes de beneficios estatales, beneficios federales u otros beneficios relacionados. Mi firma en esta divulgación pretende autorizar el libre intercambio de información entre tales agencias y The University of Kansas Health System.

**AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE BENEFICIOS Y LA REPRESENTACIÓN DE SEGUROS**

Cedo todos los derechos de beneficios, dinero del seguro u otros pagos o fallos a los que pueda tener derecho por los servicios médicos hospitalarios, servicios ambulatorios y servicios en consultorio al médico u organización que proporcione el servicio. También autorizo la presentación de un reclamo de pago en mi nombre ante mi compañía de seguros. Autorizo a The University of Kansas Health System o a una organización que proporcione los servicios en su nombre a actuar como mi representante para solicitar la reconsideración de mi plan de atención o comité de revisión de uso para la revisión de cobertura o quejas.

**Firme el reverso del formulario**

**Do not write in this box**

AMB Financial Policy

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MR# \_\_\_\_\_

Lista parcial de clínicas de proveedores (incluye clínicas que no están ubicadas en el campus principal):

Ubicación de la clínica	Coseguro típico de Medicare del Centro/Hospital	Coseguro típico de Medicare del Proveedor/Médico
Arrowhead Sports Medicine Center (Centro de Medicina del Deporte Arrowhead)	\$11-98	\$2-77
Cancer Centers (Centros oncológicos) – Todas las ubicaciones	\$7-1,316	\$2-284
Epilepsy Center (Centro de Epilepsia)	\$19-21	\$5-33
Indian Creek Breast Surgery Clinic (Clínica de Cirugía de Mamas Indian Creek)	\$21-57	\$5-33
Indian Creek Surgery Clinic (Clínica de Cirugía Indian Creek)	\$20-21	\$5-33
Indian Creek Main (Clínica Central Indian Creek)	\$12-761	\$2-114
Indian Creek Neurology Clinic (Clínica de Neurología Indian Creek)	\$10-98	\$2-33
Indian Creek Sarcoma Center (Centro de Sarcoma Indian Creek)	\$21-21	\$5-33
Indian Creek Spine Center and Sports (Centro de Columna y Deportes Indian Creek)	\$11-98	\$2-77
KU Med West – Radiology and Pathology (Radiología y Patología de KU Med West)	\$12-83	\$2-77
Landon Center (Centro de Landon)	\$5 – 98	\$5 - 47
Mid America Cardiology (Cardiología Mid America)	\$6-221	\$2-75
Mid-America Thoracic and Cardiovascular (Clínica del Tórax y Cardiovascular Mid-America)	\$21-57	\$5-33
Neuropsicología	\$19-45	\$5-25
Rainbow Boulevard Sleep Disorders Center (Centro de Trastornos del Sueño Rainbow Boulevard)	\$25-168	\$23-164
Spine Center Main Hospital (Centro de la Columna - Hospital Principal)	\$11-303	\$5-93
State Line Ambulatory Surgery Center (Centro de Cirugía Ambulatoria State Line)	\$30-663	\$10-257
Transplantation Center (Centro de Trasplantes)	\$7-35	\$2-33
West Plaza Imaging (Imaginología West Plaza)	\$12-127	\$13-77
Westwood Radiology and Pathology (Radiología y Patología Westwood)	\$7-1,316	\$2-284

A través de mi firma reconozco que he leído y entendido este documento y estoy autorizado a firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o sustituto de toma de decisiones\*

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del sustituto de toma de decisiones\*

\*Relación con el paciente: \_\_\_ Padre \_\_\_ Tutor legal  
\_\_\_ Poder duradero (DPOA, por su sigla en inglés)  
\_\_\_ Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

Intérprete requerido: \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

Si responde sí,  
Modo de interpretación:  
\_\_\_ Traducido a la vista \_\_\_ Interpretado

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del intérprete

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Hora

\*La autorización la debe firmar el paciente, o si corresponde, un sustituto para tomar decisiones adecuado.