



**CONDITIONS FOR TREATMENT
AND FINANCIAL RESPONSIBILITY**

Side 1 of 2

CONSENT FOR TREATMENT (Patient Information and Consent)

I consent and authorize Christiana Care, physicians, professionals and employees to obtain health information including prescription history and provide health care services to me. Christiana Care is a teaching hospital and thus professional trainees may participate in my care. I understand that no guarantee can be made as to the results of treatment. Some treatments (e.g., trauma, infant resuscitation) may be videotaped for performance improvement purposes and these tapes may be reviewed by the respective teams but will not become a part of the medical record and will be erased after review. I consent to the use of photographic, video, electronic, or audio media of me for performance improvement, patient identification and/or treatment purposes.

RELEASE FROM LIABILITY FOR VALUABLES

I hereby assume responsibility for all items of personal property brought to the hospital, except articles placed in the hospital's safe, and release the hospital, its agents, and employees from all claims for lost, stolen or damaged articles. The maximum liability of the hospital for loss of any personal property deposited in the hospital safe is limited to \$300 unless the hospital provides a written receipt for a greater amount.

FINANCIAL RESPONSIBILITY, ASSIGNMENT OF BENEFITS AND COMMUNICATIONS

I agree that I am responsible to Christiana Care and to its contracted services and physician groups (e.g., Emergency Department, Anesthesiology, Pathology) for any and all charges that are incurred during my visit and are not otherwise satisfied by insurance or other third party benefits. If I do not meet my financial responsibilities, I understand that I will be responsible for legal costs associated with collection of any outstanding balances.

I assign payment of insurance or other benefits to Christiana Care and to its contracted physician groups. This assignment includes any and all policies under which I have coverage.

I expressly give permission for Christiana Care and its business associates to use any telephone number provided by me or on my behalf, regardless of whether it is a cell phone number and/or whether I may be charged for the call or text. I agree that this telephone number may be used for healthcare and billing matters (including collections), and include automatic telephone dialers and/or pre-recorded calls and/or text messages. I understand that my consent to use my telephone number is not required in order to receive health care services. This telephone consent applies to all past, present and future Christiana Care services, until revoked.

MEDICARE ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

Where Medicare benefits are applicable, I certify the information provided by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. I request payment of authorized Medicare benefits to Christiana Care and its contracted services and physician groups for any services I received. I authorize any holder of medical or other information about me to release to Medicare and its agents any information needed to determine the benefits for related services.

NOTIFICATION AND ACKNOWLEDGMENT OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

I have been offered the opportunity to receive and review the Financial Assistance Program Summary.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I have been offered Christiana Care's Notice of Privacy Practices.

_____/_____/_____
Patient/Representative Signature Relationship to Patient Date Time

**The following applies to Medicare Inpatients ONLY
"AN IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE" HAS BEEN ISSUED**

_____/_____/_____
Registrar's Signature Print Name Date Time

Interpretation: The information has been presented to the: patient representative decision maker in: _____
The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language

Interpreter Name Agency and ID# (if applicable)

_____/_____/_____
Witness Signature Print Name Date Time

**CONDICIONES PARA TRATAMIENTO
Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA**
(CONDITIONS FOR TREATMENT AND FINANCIAL RESPONSIBILITY)

Side 2 of 2

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO (Información y autorización del Paciente)

Yo doy consentimiento y autorizo a Christiana Care y a sus médicos, profesionales y empleados para obtener mi historial médico, incluyendo mi historial de medicamentos recetados, y para brindarme servicios de atención médica. Christiana Care es un hospital para enseñanza y por consiguiente los profesionales en entrenamiento podrían participar en mi cuidado. Yo entiendo que no hay garantía de los resultados de mi tratamiento. Es posible que algunos tratamientos (p.ej., trauma, resucitación infantil) sea filmados para fines de mejorías del servicio y que esas cintas sean revisadas por los respectivos equipos pero no formarán parte del expediente médico y que serán borradas después de revisadas. Consiento en que se utilicen medios fotográficos, de video, electrónicos o de audio de mi persona para fines de mejoría en el servicio, identificación como paciente y/o tratamiento.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR

Mediante la presente, me responsabilizo de todos los artículos de propiedad personal traídos al hospital, excepto de los objetos puestos en la caja fuerte del hospital y libero al hospital, a sus agentes y empleados de todos los reclamos por artículos perdidos, robados o dañados. El hospital sólo asumirá un valor máximo de \$300.00 por cualquier pérdida de propiedad personal que haya sido depositada en la caja fuerte a menos que el hospital provea un recibo escrito por un mayor valor.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA, DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y COMUNICACIÓN

Me responsabilizo ante Christiana Care y ante los servicios y grupos médicos contratados por el mismo (p.ej., Departamento de emergencias, Anestesiología, Patología) por todos y cada uno de los cargos incurridos durante mi visita que, de otro modo, no hayan sido satisfechos por el seguro u otros beneficios por parte de terceros. Si no cumplo con mis responsabilidades financieras, entiendo que seré responsable por los costos legales asociados con el cobro de cualquier saldo pendiente.

Yo asigno el pago del seguro u otros beneficios a Christiana Care y a los grupos médicos contratados por el mismo. Esta asignación incluye todo tipo de políticas bajo las cuales tengo cobertura.

Doy expresamente permiso para que Christiana Care y sus asociados de negocios usen cualquier número de teléfono provisto por mi o de mi parte, ya sea un número de teléfono celular y/o que yo pueda incurrir cargos por la llamada o el mensaje de texto. Estoy de acuerdo en que se utilice este número de teléfono para asuntos sobre el cuidado de salud y facturación (incluyendo cobros), y que se incluya marcado automático y/o llamadas pregrabadas y/o mensajes de texto. Entiendo que mi consentimiento sobre el uso de mi número de teléfono no es obligatorio para recibir servicios médicos. Este consentimiento de comunicación telefónica aplica a todo servicio pasado, presente y futuro por parte de Christiana Care, hasta ser revocado.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO DE MEDICARE

Si los beneficios de Medicare son aplicables, certifico que la información suministrada por mí al solicitar pago bajo el Título XVIII del Acto del Seguro Social, es correcta. Solicito pago de los beneficios autorizados por Medicare al Christiana Care y a los servicios y grupos médicos contratados por el mismo por cualquier servicio que recibí. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo a compartir con Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios por los servicios prestados.

NOTIFICACIÓN Y CONSTANCIA DE RECIBO DE PROGRAMA PARA AYUDA FINANCIERA

Se me ha brindado la oportunidad de recibir y revisar el Resumen de Programa para Ayuda Financiera.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ofrecido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Christiana Care.

_____	_____	____/____/____	_____
Firma del paciente/apoderado (Patient/Representative Signature)	Relación con el paciente (Relationship to Patient)	Fecha (Date)	Hora (Time)

**Lo siguiente aplica SOLO a los Pacientes Hospitalizados con cobertura de Medicare
"UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE" HA SIDO PUBLICADO**

_____	_____	____/____/____	_____
Firma registrada (Registrar's Signature)	Nombre en letras de molde (Print Name)	Fecha (Date)	Hora (Time)

Interpretation: The information has been presented to the patient representative decision maker in (language): _____ . The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter.

Interpreter Name _____ Agency and ID# (if applicable) _____

_____	_____	____/____/____	_____
Witness Signature	Print Name	Date	Time