



PATIENT LABEL AREA

GENERAL CONSENT

1. I have presented myself for treatment to a St. Luke's Hospital and Health Network facility and consent to routine medical care provided by that facility. I acknowledge that because medicine is not an exact science, no guarantees or warranties can be made to me regarding the results of any treatment in this facility.
2. I understand that this consent does not include informed consent for operations or any non-routine procedures or treatment and that the risks and alternatives for such procedures or treatment, which a reasonable patient would consider significant to a decision whether or not to undergo such treatment or procedures, will be explained to me by my treating physician or another physician designated by him/her. I understand I have the right to refuse any drugs, treatment or procedure to the extent permitted by law.
3. I authorize the facility to use and disclose my health information: (1) to other health care professionals who are involved in my treatment, either now or in the future; (2) to any insurance company or other entity as necessary for the facility to be paid for the services provided to me; and (3) for the general administrative activities of the facility, such as quality control and peer review.
4. I have provided the facility with my true and correct medical insurance information and I hereby assign and transfer to the facility all medical provider benefits payable and any related rights existing under those insurance policies. I authorize and direct the insurance company to pay all such benefits to the facility. I understand that this assignment does not relieve me of any responsibility I may have for payment of charges not paid by the insurance company, unless otherwise provided by the terms of an agreement between the insurer and the facility.
5. I understand that this facility is a teaching facility or is one that supports professional education training, that those involved in training programs may be participating in my care, and I consent to their presence and participation in my care.
6. I have been advised not to keep valuables on my person or in my room and if I am an inpatient, to have them locked in the facility safe. I will not hold the facility responsible for any valuables that I keep on my person or in my hospital room at the time of admission or during the service.
7. I hereby authorize the facility to dispose of all tissue, blood and other organic matter in the facility's normal and routine method of disposing of such matters, including the use of blood and tissue for the internal purpose of gathering and sorting data, or human tissue by categories to be available for potential use in research studies. If my information is to be used for a research study, I may be asked to sign additional authorization at that time.
8. I have the right to file a grievance in writing or in person to administration. If the grievance is not resolved to my satisfaction, I may contact one of these organizations: Pennsylvania Department of Health (800-254-5164), Quality Insights of Pennsylvania (800-322-1914) or The Joint Commission (800-994-6610).
9. **Medicaid Patients:** My signature certifies that I received a service or item on the date listed below. I understand that payment for this service or item will be from Federal and State funds, and that any false claims, statements, or documents, or concealment of material may be prosecuted under applicable Federal and State laws.
10. You have the right to choose who may visit you during your inpatient stay regardless of whether the visitor is a family member, friend or a domestic partner. You have the right to change or withdraw your visitor's privileges at any time by notifying the nurse caring for you.

I HEREBY CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTAND COMPLETELY THE INFORMATION ON THIS CONSENT; THAT ALL OF MY QUESTIONS HAVE BEEN ANSWERED TO MY SATISFACTION, AND ANY STATEMENTS NOT APPLICABLE HAVE BEEN CROSSED OUT AND INITIALED PRIOR TO MY SIGNATURE.

PATIENT SIGNATURE

DATE

TIME

PATIENT PRINTED NAME

SIGNATURE OF AUTHORIZED PERSON/LEGAL GUARDIAN

DATE

TIME

RELATIONSHIP

PRINT NAME OF AUTHORIZED PERSON/LEGAL GUARDIAN





PATIENT LABEL AREA

CONSENTIMIENTO GENERAL

1. Me he presentado en el St. Luke's Hospital and Health Network para tratamiento y consiento a cuidado médico de rutina provisto por esa institución. Reconozco que debido a que la medicina no es una ciencia exacta no me pueden hacer ninguna garantía acerca de los resultados de cualquier tratamiento en esta institución.
2. Entiendo que este consentimiento no incluye el consentimiento informado para operaciones o ningún otro procedimiento o tratamiento que no sea de rutina y que los riesgos y alternativas para dichos procedimientos o tratamientos, los que un paciente razonable consideraría significantes para una decisión para recibir o no dichos tratamientos o procedimientos, me serán explicados por el médico que me está tratando o por otro médico designado por él o ella. Entiendo que tengo el derecho de rehusar cualesquier drogas, tratamiento o procedimiento hasta donde lo permita la ley.
3. Autorizo a la institución para que revele mi información de salud: (1) a otros profesionistas del cuidado de la salud quienes estén involucrados en mi tratamiento, ya sea ahora o en el futuro; (2) a cualquier compañía de seguros o a otra entidad como sea necesario para que la institución reciba pago por los servicios que me hayan prestado; y (3) para las actividades administrativas generales de la institución, tales como control de calidad y revisión de colegas.
4. He provisto a la institución con la información verdadera y correcta de mi seguro médico y por este medio asigno y transfiero a la institución todos los beneficios del proveedor médico que sean pagables y cualesquiera derechos relacionados bajo esas pólizas de seguro. Autorizo y dirijo a la compañía de seguros para que pague dichos beneficios a la institución. Entiendo que esta asignación no me libera de ninguna responsabilidad que yo pueda tener por pago de cargos que la compañía de seguros no pague, a menos que se haya provisto de otra manera por los términos de un acuerdo entre el asegurador y la institución.
5. Entiendo que esta institución es una institución de enseñanza o es una que apoya el entrenamiento educativo profesional, que las personas involucradas en programas de entrenamiento pueden estar participando en mi cuidado y consiento a su presencia y participación en mi cuidado.
6. Me han aconsejado que no tenga objetos de valor en mi persona ni en mi cuarto y, si soy un paciente interno, que pida que los guarden en una caja de seguridad. No haré responsable a la institución por ningún objeto de valor que yo conserve en mi persona o en mi cuarto de hospital en el momento de mi admisión o durante el servicio.
7. Por este medio autorizo que la institución se deshaga de todos los tejidos, sangre y otras materias orgánicas de la manera normal y rutinaria de la institución para deshacerse de dichas materias, incluyendo el uso de sangre y tejidos con el propósito interno de adquirir y clasificar datos, o tejidos humanos por categorías para estar disponibles para su uso potencial en estudios de investigación. Si mi información se va a usar para un estudio de investigación, en ese momento me pueden pedir que firme una autorización adicional.
8. Tengo el derecho de presentar una queja por escrito o en persona a la administración. Si la queja no se resuelve a mi satisfacción yo puedo contactar una de estas organizaciones: Pennsylvania Department of Health (800-254-5164), Quality Insights of Pennsylvania (800-322-1914) o The Joint Commission (800-994-6610).
9. **Pacientes Medicaid:** Mi firma certifica que he recibido un servicio o artículo en la fecha anotada abajo. Entiendo que el pago por este servicio o artículo se hará de fondos federales y estatales y que cualesquier reclamo, estatutos o documentos falsos, u ocultación de material pueden ser procesados bajo las leyes federales y estatales que apliquen.
10. Tiene el derecho de escoger quién lo puede visitar durante su estancia de paciente interno sin importar si el visitante es un miembro de su familia, amigo o un compañero doméstico. Tiene el derecho de cambiar o retirar los privilegios de su visitante en cualquier momento al notificar a la enfermera que cuida de usted.

**POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LA INFORMACIÓN EN ESTE CONSENTIMIENTO,
QUE TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS A MI SATISFACCIÓN Y QUE CUALESQUIERA ESTATUTOS QUE NO
APLIQUEN HAN SIDO TACHADOS Y MARCADOS CON MIS INICIALES ANTES DE MI FIRMA.**

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

HORA

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA/GUARDIÁN LEGAL

FECHA

HORA

PARENTESCO

IMPRIMA EL NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA/GUARDIÁN LEGAL

