



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Este formulario está diseñado para garantizar que cuente con la información necesaria para tomar una decisión informada sobre el tratamiento proporcionado por Enlighten Infant Home Care LLC ("Enlighten"). Por favor, revíselo detenidamente. Nuestro personal estará encantado de responder cualquier pregunta que tenga.

Firme la página de firmas al final de este documento para reconocer su consentimiento.

1. Consentimiento para el Tratamiento. Yo, el abajo firmante representante personal del paciente ("Representante Personal"), doy mi consentimiento para que el paciente mencionado a continuación ("Paciente") sea tratado por empleados, contratistas independientes y/o agentes de Enlighten en su domicilio. El tratamiento del Paciente incluirá los servicios pertinentes, dentro del ámbito de práctica del profesional de la salud que lo atiende, que pueden incluir, entre otros, fototerapia, análisis de bilirrubina, medición del peso y evaluación de signos vitales. Autorizo que Enlighten, su personal de enfermería y demás personal clínico colegiado administren el tratamiento al Paciente. Reconozco que podría ser necesario firmar formularios de consentimiento adicionales para ciertos tratamientos a fin de confirmar que he recibido toda la información necesaria para tomar una decisión informada sobre la atención del Paciente.
2. Uso de empleados y contratistas independientes. La atención y el tratamiento del paciente podrán ser proporcionados por empleados y/o contratistas independientes de Enlighten. Si bien Enlighten establece políticas administrativas, procedimientos y estándares generales de atención, cada profesional de la salud con licencia ejerce su criterio clínico independiente al prestar los servicios dentro de sus respectivos ámbitos de práctica. En la medida máxima permitida por la ley, Enlighten no será responsable de los actos u omisiones de los contratistas independientes que brinden atención al Paciente. La responsabilidad de Enlighten, si la hubiera, por los actos u omisiones de sus empleados se limitará a lo dispuesto por la legislación aplicable. Nada de lo aquí dispuesto se interpretará como una limitación de la autoridad de los enfermeros profesionales con licencia u otros profesionales de la salud con licencia para ejercer su criterio médico independiente dentro de su ámbito de práctica legal. Enlighten no ejerce la medicina por sí mismo, sino que proporciona apoyo administrativo y operativo a dichos profesionales.
3. No se garantiza el resultado. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el tratamiento puede conllevar riesgos, incluyendo lesiones o, en casos excepcionales, la muerte. Reconozco que no se han ofrecido garantías ni seguridades sobre el resultado de ningún tratamiento o examen proporcionado al Paciente.
4. Riesgos: Suministros y Equipos. Reconozco que cualquier suministro, dispositivo u otro bien vendido o entregado al Paciente, incluyendo, entre otros, equipo de fototerapia y protección ocular, se proporciona sin garantías adicionales a las expresamente exigidas por la legislación aplicable. Enlighten no se responsabiliza del uso indebido de dichos artículos, en contravención de las instrucciones proporcionadas. Entiendo que los servicios de rutina generalmente se realizan sin incidentes; sin embargo, pueden existir riesgos importantes con el tratamiento, los servicios o los equipos utilizados como parte de la atención del Paciente.
5. Servicios Especiales. Entiendo que si el Paciente requiere hospitalización u otros servicios no proporcionados por Enlighten, soy responsable de gestionar dichos servicios. Enlighten no será responsable de la falta de prestación de servicios fuera de su alcance y queda exonerado de cualquier responsabilidad derivada de que el Paciente no reciba dicha atención adicional.
6. Consentimiento para COVID-19. Entiendo que ciertas infecciones, como la COVID-19 y la influenza, son altamente contagiosas y se propagan por contacto directo. Reconozco que existe un riesgo inherente de exposición asociado con los servicios a domicilio. Asumo conscientemente este riesgo y autorizo a Enlighten, sus empleados, contratistas independientes y agentes a proceder con el tratamiento.

7. **Responsabilidades del Paciente.** Reconozco que el Paciente tiene ciertas responsabilidades y, como Representante Personal, acepto la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional principal responsable de su atención. Esto incluye seguir las instrucciones de los médicos, enfermeras u otro personal clínico. Soy responsable de asistir a las citas del Paciente y de notificar a Enlighten dentro de un plazo razonable si no puedo hacerlo. Reconozco la responsabilidad por cualquier resultado adverso que resulte de la negativa o el incumplimiento de las instrucciones médicas.
8. **Derecho a rechazar el tratamiento.** Entiendo que, salvo en circunstancias de emergencia, no se realizará ningún tratamiento sin la oportunidad de hablar sobre la atención del paciente con un profesional de la salud. Tengo derecho a consentir o rechazar cualquier tratamiento propuesto y acepto la responsabilidad por las consecuencias derivadas de rechazar la atención.
9. **Información del Paciente.** Acepto proporcionar información completa y precisa sobre el historial médico, familiar e información financiera o de pago del Paciente. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a Enlighten por cualquier pérdida, sanción, responsabilidad u honorarios de abogados que resulten de información inexacta, incompleta o engañosa proporcionada en nombre del Paciente.
10. **Bienes personales.** Entiendo que Enlighten no se responsabiliza por la pérdida, el robo o el daño de bienes personales u objetos de valor durante el tratamiento del paciente.
11. **Consentimiento para fotografiar.** Autorizo a Enlighten y a sus empleados, contratistas independientes y agentes a fotografiar o capturar imágenes del Paciente únicamente con fines de identificación, tratamiento, pago y atención médica. Dichas imágenes formarán parte del historial médico del Paciente y no se utilizarán para ningún otro fin sin mi autorización por escrito.
12. **Pago; Incumplimiento.** Entiendo que Enlighten acepta seguros privados, Medicaid y/u otros pagadores externos cuando corresponda. Reconozco que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro u otros pagadores, incluyendo deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos. Los pagos vencen según las condiciones de crédito de Enlighten. Las cuentas impagas por más de 120 días podrían considerarse en incumplimiento, y acepto pagar los costos razonables de cobranza, incluyendo honorarios de abogados, según lo permita la ley.
13. **Cesión de Beneficios.** En nombre del Paciente, autorizo y asigno directamente a Enlighten cualquier beneficio de seguro o Medicaid aplicable por los servicios prestados. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar información precisa y completa sobre la elegibilidad para el seguro o Medicaid. Enlighten presentará las reclamaciones a las aseguradoras o Medicaid como cortesía y cuando lo exija la ley; sin embargo, Enlighten no garantiza el pago, la cobertura ni el reembolso de los servicios. Entiendo que el seguro o Medicaid podrían no cubrir todos los servicios y que soy responsable financieramente de todos los deducibles, coaseguros y cargos no cubiertos. Enlighten puede, pero no está obligado a, interponer apelaciones o reconsiderar las reclamaciones denegadas según lo considere apropiado. Entiendo que mi cooperación podría ser necesaria en relación con cualquier apelación de este tipo y que Enlighten no garantiza el resultado de ninguna apelación o disputa.
14. **Aviso de Prácticas de Privacidad.** Recibo el Aviso de Prácticas de Privacidad de Enlighten y comprendo mis derechos con respecto a la información médica protegida (PHI). Entiendo que Enlighten puede usar y divulgar PHI para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, según se describe en el Aviso. El Aviso explica con más detalle cómo se puede usar y divulgar la PHI para otros fines. Enlighten Infant Home Care LLC se reserva el derecho de modificar el Aviso ocasionalmente, y puedo obtener una copia actualizada contactando al Oficial de Privacidad.

#### Definiciones

Agentes se refiere a personas o entidades autorizadas por Enlighten para realizar funciones administrativas, operativas o de apoyo relacionadas con la atención del paciente.

[PÁGINA DE FIRMAS A CONTINUACIÓN]

Reconocimiento y consentimiento

Certifico que he leído, o me han leído, este formulario de consentimiento, comprendo completamente sus consentimientos y acepto voluntariamente Consentimiento al tratamiento aquí descrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante personal con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

SOLO PARA USO DE OFICINA:

\_\_\_\_\_ El representante personal se negó a firmar

\_\_\_\_\_ El paciente no puede firmar porque (i) es menor de 14 años de edad; (ii) nunca ha estado casado, no está embarazada, no es madre o no se ha graduado de la escuela secundaria; y (iii) no tiene un padre o tutor que firme en su nombre.