

**Bethesda North**  **Good Samaritan**



**GENERAL CONSENT FOR TREATMENT**

I do hereby voluntarily agree and consent to authorize the administration and performance of all medical treatment and routine diagnostic procedures during my visit to a TriHealth facility. While being treated, I permit my doctor, the hospital and its employees, students in health care training programs and all other persons caring for me to treat me in ways they judge are beneficial to me. I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and acknowledge no guarantees have been made to me as to the result of treatments or examinations in the hospital.

- I understand that radiologists, emergency physicians, pathologists, and anesthesiologists who practice at TriHealth hospitals are not employed, directed, or controlled by TriHealth or the facility. I understand that other physicians who render professional services to me at TriHealth facilities may be independent practitioners and may not be employees or agents of TriHealth or the facility. Neither TriHealth nor the facility is responsible for the acts or omissions of physicians that are not employed, directed or controlled by TriHealth or the facility.
- I understand that Bethesda Hospital and Good Samaritan Hospital are related through a company known as TriHealth, Inc. These hospitals and other related providers have formed a network of health care providers known as the TriHealth Network. I agree that records concerning my condition and treatment may be kept or reviewed at locations within TriHealth other than the facility(ies) at which I am receiving treatment. Because of this, I agree that all medical or other information about me which has been acquired in the past by any provider in the TriHealth Network and any information relating to this admission/treatment may be released or disclosed, from time to time, to any other provider(s) in the TriHealth Network including any physician(s) who may be caring for me.
- I understand TriHealth facilities are not responsible for the loss of or damages to my personal property unless it has been deposited in the hospital's safe. A safe is provided in the security office.
- I agree to allow recordings and photographs of me to be made by employees, agents, contractors, and providers of a TriHealth facility for reasons including but not limited to assistance in diagnosis/treatment, teaching, research, documentation of conditions present on admission, and provider internal purposes.

I understand that, if I am a recurring patient, the above consent and authorization applies to all records and accounts generated and services rendered during and through the completion of my treatment plan.

**The above has been fully explained to me, including the paragraph regarding the physicians' relationship with TriHealth and the facility, and I certify that I understand its contents.**

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

Por medio de este documento expreso mi acuerdo y consentimiento voluntarios para autorizar la administración y aplicación de todos los procedimientos de diagnósticos de rutina y de tratamiento médico, que se me practiquen durante mi visita a las instalaciones de TriHealth. Durante el tiempo en que se me esté tratando, autorizo a mi doctor, al hospital y a sus empleados, y estudiantes de programas de capacitación para el cuidado de la salud y a todas las demás personas encargadas de mi cuidado, para que me den tratamiento en la forma que juzguen beneficiosa para mí. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y reconozco que no se me garantiza nada con respecto al resultado de los tratamientos o exámenes que se me practiquen en el hospital.

- Entiendo que los radiólogos, médicos de emergencia, patólogos y anesestesiólogos que practican su profesión en los hospitales de TriHealth no son empleados de TriHealth ni están bajo las órdenes o control de TriHealth ni de la clínica. Entiendo que otros médicos que me brindan sus servicios profesionales en las instalaciones de TriHealth pueden ser profesionales independientes y que es posible que no sean empleados o representantes de TriHealth o de sus instalaciones. Ni TriHealth ni sus instalaciones son responsables de los actos u omisiones de los médicos que no sean empleados ni estén bajo las órdenes o control de TriHealth o de la clínica.
- Entiendo que el Hospital Bethesda y el Hospital Good Samaritan están relacionados a través de una compañía conocida como TriHealth, Inc.. Estos hospitales y otros proveedores relacionados han formado una red de proveedores de cuidado de la salud que se conoce como la Red TriHealth. Estoy de acuerdo en que los registros concernientes a mi condición y tratamiento pueden conservarse o revisarse en otras ubicaciones de TriHealth distintas a las instalaciones en donde esté recibiendo tratamiento. Debido a esto, estoy de acuerdo en que toda información médica o de otro tipo, relacionada conmigo y que se haya adquirido en el pasado por cualquier profesional de la Red TriHealth, y cualquier información relacionada con esta admisión/tratamiento puede ser revelada o divulgada periódicamente a cualquier otro proveedor de la Red TriHealth e incluso a cualquier médico que pudiera estar atendíendome.
- Entiendo que las clínicas TriHealth no son responsables de la pérdida o daño de mis propiedades personales, a menos que éstas hayan sido depositadas en la caja fuerte del hospital. En la oficina de seguridad se cuenta con una caja fuerte.
- Estoy de acuerdo con que los empleados, los representantes, los contratistas y los proveedores de TriHealth me tomen vídeo y fotografías por motivos como pueden ser, entre otros, ayudar en el diagnóstico/tratamiento, cuestiones educativas o de investigación o para la documentación de padecimientos presentes al momento de la admisión y propósitos internos del proveedor.

Entiendo que, si soy un paciente recurrente, el consentimiento y autorización anteriores se aplican a todos los registros y cuentas generadas y a los servicios proporcionados durante y hasta la terminación de mi plan de tratamiento.

Lo anterior se me ha explicado plenamente, incluido el párrafo que se refiere a la relación de los médicos con TriHealth y la clínica y declaro que entiendo su contenido.

**X**

\_\_\_\_\_  
Patient Signature / Fima del Paciente

\_\_\_\_\_  
Witness / Testigo

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha



### Authorization for Review & Release of Information for Claim Determination, Payment and Other Purposes

In order to provide services to patients and increase efficiency, the Hospital often uses parties not related to TriHealth to perform a variety of tasks and services. The Hospital contracts with these third parties to assist in such tasks as:

- billing and collection of fees for all services provided to patients; and,
- conducting surveys and gathering information from patients regarding the quality of care and/or services they experienced while at the Hospital.

I (as patient or as agent of the patient) understand the above and hereby authorize TriHealth, Inc., its subsidiaries, and/or its subsidiaries' physician(s) providing services to me, to permit access to and/or release information contained in my medical record to third parties engaged by TriHealth, Inc. and/or its subsidiaries for the above services and others of that nature. This authorization includes release of information concerning treatment of drug or alcohol abuse, drug related conditions, alcoholism, psychological conditions, and/or HIV related conditions.

Many insurance companies, employers and governmental agencies are requesting private (not affiliated with TriHealth, Inc.) agencies to review the medical care and medical records of our patients. Failure to consent to such a review or revocation of this consent may make the patient personally responsible for all charges incurred. The insured's employer may be participating in such review activities, and details of treatment may be reviewed by the insured's employer or their agent.

Federal law requires TriHealth, Inc. to inform you that if Medicare pays for any part of your health care bill, your medical record may be reviewed by a review organization. This review is to assure the government that services are medically necessary and meet recognized standards of quality. Rediscovery of any of the above information requires separate written authorization. This authorization will expire upon receipt of final payment except where allowed by law or upon revocation of this release.

I (as patient or as agent of the patient) understand and hereby authorize TriHealth Inc., its subsidiaries, and/or physician(s) providing services to me, to permit access to and/or release medical information, including copies of such information, to Centers for Medicare and Medicaid Services and any other third parties applicable to the services rendered for the purposes of reviewing, establishing or verifying eligibility for hospital, ambulance, and/or physician(s) benefits and for the billing of hospital, ambulance and/or physician(s) services. This authorization includes release of information concerning treatment of drug or alcohol abuse, drug related conditions, alcoholism, psychological conditions, and/or HIV related conditions.

I understand that, if I am a recurring patient, the above authorization applies to all records and accounts generated and services rendered during and through the completion of my treatment plan.

**X**

Signature of Patient/Guardian

Date

### Autorización para la revisión y liberación de información para determinación de reclamación, pago y otros propósitos

A fin de proporcionar servicios a los pacientes y aumentar su eficiencia, el Hospital a menudo recurre a terceros no relacionados con TriHealth para efectuar diversas tareas y servicios. El Hospital contrata a estos terceros para atender tareas como:

- facturación y cobro de honorarios por todos los servicios proporcionados a los pacientes; y
- conducción de encuestas y recolección de información de los pacientes con respecto a la calidad de los cuidados y/o servicios que obtuvieron durante su estancia en el Hospital.

Yo (como paciente o representante del paciente) entiendo lo anterior y por medio de este documento autorizo a TriHealth, Inc., a sus subsidiarias y/o a los médicos de sus subsidiarias que me proporcionan servicios, para que permitan el acceso y/o divulguen la información contenida en mi registro médico a terceras partes contratadas por TriHealth, Inc. y/o sus subsidiarias, para proporcionar los servicios anteriores y otros servicios de esa naturaleza. Esta autorización incluye la divulgación de información concerniente al tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas y/o condiciones relacionadas con el VIH.

Muchas compañías de seguros, empleadores y dependencias del gobierno están solicitando a agencias privadas (no afiliadas a TriHealth, Inc.) que revisen los registros médicos y de cuidados médicos de nuestros pacientes. Negarse a permitir esta revisión o la revocación de este consentimiento puede obligar al paciente a responsabilizarse personalmente de todos los cargos en que se incurra. El empleador del asegurado puede estar participando en estas actividades de revisión y los detalles del tratamiento pueden ser revisados por el empleador del asegurado o por su representante.

La legislación federal requiere que TriHealth, Inc. le informe a usted que, si Medicare paga alguna parte de su factura por cuidados de la salud, su registro médico puede ser revisado por una organización revisora. Esta revisión se hace para asegurar al gobierno que los servicios son médicamente necesarios y que cumplen con los estándares de calidad reconocidos. Una segunda revelación de cualquier información arriba mencionada requiere autorización adicional por escrito. Esta autorización expirará al recibo del pago final, excepto en los casos en que la ley lo permita o a la revocación de esta divulgación.

Yo (como paciente o representante del paciente) entiendo, y por medio de este documento autorizo a TriHealth, Inc., a sus subsidiarias y/o médicos que me brindan sus servicios, para que permitan el acceso y/o para que divulguen información médica, incluidas las copias de esta información, a Centros de Medica y Servicios Medicaid y a cualesquier otro tercero que pueda estar relacionado con los servicios prestados, con propósitos de revisión, establecimiento y verificación de elegibilidad del hospital, ambulancia y/o beneficios médicos y para la facturación de servicios hospitalarios, de ambulancia y/o médicos. Esta autorización incluye la divulgación de información concerniente al tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas y/o condiciones relacionadas con el VIH.

Entiendo que, si soy un paciente recurrente, la autorización anterior se aplica a todos los registros y cuentas generadas y a los servicios proporcionados durante y hasta terminación de mi plan de tratamiento.

**X**

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

**Claim Payment Authorization**

TriHealth, Inc., its subsidiaries, and some of the physicians providing services to you will initiate payment of your claims for benefits. In order to do this, it is necessary for all responsible parties to give TriHealth, Inc., its subsidiaries, and these physicians certain rights and permission. All patients are responsible to have knowledge of their insurance requirements and to convey the applicable requirements to TriHealth, Inc., its subsidiaries and their physicians.

I (as patient or as agent of the patient) hereby assign and transfer all rights of third party payer benefits for services rendered to me to TriHealth, Inc., its subsidiaries and/or physician(s), and authorize any insurance or third party payments to be made directly to TriHealth, Inc., its subsidiaries and/or the physician(s).

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act, or under the terms of any other carrier is correct. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf pursuant to the above assignment. I assign the benefits payable for covered Medicare services and any other services to the physician(s) or organizations furnishing the services and authorize such physicians(s) and/or organization(s) to submit a claim to Medicare or other third party payor for payment. Any assignment of benefits is limited to the Medicare allowed charge for physician services or to an amount not to exceed the hospital's regular charges.

I understand that in consideration of the services to be rendered, I may be responsible for payment for any services not covered by third party payors and I will pay any and all charges due and owing TriHealth, Inc., its subsidiaries, and/or any physician(s) in accordance with their regular rates, terms and policies.

I understand that, if I am a recurring patient, the above authorization applies to all accounts generated and services rendered during and through the completion of my treatment plan.

**X** \_\_\_\_\_  
 Signature of Patient/Guardian/Insured Date

*Pursuant to Section 3727.42 of the Ohio Revised Code, you are entitled, upon request, to a copy of the Hospital's price information list which contains the usual and customary charges for room and board and the usual and customary charges for a select number of x-ray, laboratory, emergency room, operating room, delivery room, physical therapy, occupational therapy and respiratory therapy services. Call a TriHealth Financial Counselor at 513-282-7055 if you would like to obtain a copy of the Hospital's price information list.*

**Autorización de pago de reclamación**

TriHealth, Inc., sus subsidiarias y algunos de los médicos que le proporcionan servicios iniciarán el pago de sus reclamaciones de beneficios. Para hacerlo, es necesario que todas las partes responsables otorguen a TriHealth, Inc., a sus subsidiarias y a estos médicos, ciertos derechos y permisos. Todos los pacientes son responsables de conocer sus requerimientos de seguro y de informar de esos requerimientos aplicables a TriHealth, Inc., a sus subsidiarias y a sus médicos.

Yo (como paciente o como representante del paciente), por medio de este documento cedo y transfiero, a TriHealth, Inc., a sus subsidiarias y/o médicos, todos los derechos sobre los beneficios de un tercero pagador por los servicios que se me han proporcionado, y autorizo que cualquier pago de seguro o de terceros se haga directamente a TriHealth, Inc., a sus subsidiarias y/o a los médicos.

Declaro que la información que proporciono al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act), o de conformidad con las condiciones de cualquier otra compañía aseguradora, es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se efectúe a mi nombre y de conformidad con la cesión anterior. Cedo los beneficios pagaderos por servicios cubiertos de Medicare y por cualquier otro servicio, a los médicos o a las organizaciones que proporcionen los servicios y autorizo a los médicos y/o a las organizaciones a presentar una reclamación de pago a Medicare o a otro tercero pagador. Cualquier cesión de beneficios queda limitada al cargo permitido por Medicare para servicios de médico o hasta una cantidad que no exceda los cargos regulares del hospital.

Entiendo que, como contraprestación de los servicios que van a prestarse, puedo ser responsable del pago de cualquier servicio no cubierto por terceros pagadores y pagaré cualquiera y todos los cargos vencidos y que se adeuden a TriHealth, Inc., sus subsidiarias y/o cualquier médico, de acuerdo con sus tarifas regulares, condiciones y políticas.

Entiendo que, si soy un paciente recurrente, la autorización anterior se aplica a todas las cuentas generadas y a los servicios proporcionados durante y hasta la terminación de mi plan de tratamiento.

**X** \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente/Tutor/Asegurado Fecha

Conforme a la Sección 3727.42 del Código Revisado de Ohio, usted tiene derecho a solicitar una copia de la lista de información de precios del Hospital que contiene los cargos habituales y usuales por habitación y alimentos, y los cargos habituales y usuales de diversos servicios de radiología, laboratorio, sala de emergencias, sala de operaciones, sala de partos, terapia física, terapia ocupacional y terapia respiratoria. Llame al Asesor Financiero de TriHealth al 513-282-7055 si desea obtener una copia de la lista de información de precios del Hospital.