

## Condiciones de ingreso

**Consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos:** La firma del paciente en este formulario indica su consentimiento para los procedimientos que puedan practicarse durante la hospitalización o como paciente ambulatorio, incluyendo tratamientos o servicios de emergencia, que pueden incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, exámenes por imágenes, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia o servicios hospitalarios prestados al paciente conforme a las indicaciones generales y especiales del médico o del cirujano del paciente. Es posible que, además de este formulario, sea necesario firmar un consentimiento por separado para tratamientos o servicios específicos según lo exija la política del hospital.

**Relación jurídica entre el hospital y el médico:** Todos los médicos y cirujanos que brindan servicios al paciente, incluyendo, entre otros, radiólogos, patólogos, anestesiólogos, médicos hospitalistas y de emergencias, son contratistas independientes con el paciente y no son empleados o representantes del hospital. El paciente está bajo el cuidado y supervisión del médico que lo atiende y es responsabilidad del hospital y su personal de enfermería llevar a cabo las indicaciones de tal médico. Es responsabilidad del médico o del cirujano del paciente obtener el consentimiento informado del paciente, cuando corresponda, por tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos, o servicios hospitalarios prestados al paciente conforme a las indicaciones generales y especiales del médico.

**Divulgación de propiedad del médico:** El médico que nos derivó al paciente puede tener alguna participación accionaria en este hospital. La lista de médicos que tienen participación accionaria en este hospital está disponible previa solicitud.

**Efectos personales:** El hospital no es responsable por la pérdida o daño sufrido de dinero, joyas, documentos, medicamentos traídos de la casa u otros elementos personales. El paciente está de acuerdo en enviar tales artículos a su casa con los miembros de su familia. En una situación poco común de emergencia, el paciente puede solicitar a personal de enfermería que tales artículos sean depositados en el hospital para su custodia. Tales artículos serán recibidos con constancia de recepción. El personal de enfermería requerirá la asistencia de otro empleado del hospital para que sea testigo de la transferencia. El recibo será firmado por el paciente, el personal de enfermería y el testigo.

**Directivas anticipadas:** Entiendo que las directivas anticipadas pueden incluir una Directiva para los Médicos y la Familia o el Sustituto (Testamento en Vida), Poder Médico, Declaración de Tratamiento de Salud Mental o Orden de NO Resucitar Fuera del Hospital.

Lea todas las declaraciones que corresponda, coloque sus iniciales y haga un círculo alrededor de las palabras "HE/DESEO" o "NO HE/DESEO" donde se indica.

- \_\_\_\_ INICIAL 1. Sí tengo una Directiva Anticipada ejecutada, en forma de una de los siguientes, y me han solicitado suministrar una copia al hospital: Poder Médico, Directiva para los Médicos y la Familia o el Sustituto (Testamento en Vida), Declaración de Tratamiento de Salud Mental o Orden de NO Resucitar Fuera del Hospital.
- \_\_\_\_ INICIAL 2. Sí tengo una Directiva Anticipada ejecutada, y se me ha solicitado que proporcione una copia al hospital; sin embargo, no deseo proporcionar una copia en este momento.
- \_\_\_\_ INICIAL 3. NO tengo una Directiva Anticipada ejecutada. El hospital me ha ofrecido información sobre la Directiva Anticipada que **DESEO / NO DESEO** recibir.

**Asignación de beneficios de seguro:** El que suscribe autoriza, ya sea que firme como paciente o como representante debidamente autorizado, el pago directo al hospital de todos los beneficios de seguro que de otra manera deberían pagarse por esta visita al hospital al paciente o en nombre del paciente. El que suscribe entiende que es financieramente responsable por los cargos no pagados conforme a esta asignación.

**Acuerdo financiero:** El que suscribe conviene, ya sea que firme como paciente o como representante debidamente autorizado, que, como contraprestación por los servicios a prestar al paciente, individualmente se obliga a sí mismo a pagar la cuenta del hospital de acuerdo con las tarifas y términos regulares del hospital. Si la cuenta se derivara a un abogado o a una agencia de cobro, el que suscribe podría incurrir en honorarios adicionales en virtud de cualquier acción llevada a cabo para cobrar la deuda. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa máxima permitida por ley.

**Ley de protección al consumidor por teléfono:** El que suscribe autoriza al hospital y a todos los proveedores clínicos que hayan brindado atención al paciente, juntamente con cualquier servicio de facturación, agencias de cobro, abogados u otros representantes que actúen en su nombre, a ponerse en contacto con el paciente, llamando a su teléfono celular o teléfono domiciliario utilizando sistemas de marcado telefónico u otra tecnología asistida por computadora.

**Divulgación de información:** El que suscribe acuerda que el Hospital puede divulgar su "información de salud protegida" (PHI, por sus siglas en inglés), de conformidad con las disposiciones sobre Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), que puede incluir historias clínicas, a terceros, incluyendo entre otros, compañías de seguros de salud, planes de servicios de atención médica, agencias estatales y federales, aseguradoras de accidentes de trabajo, fabricantes obligados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para hacer seguimiento de dispositivos médicos o a su empleador. Esto también incluye la autorización y divulgación adecuada de las historias clínicas en cumplimiento de la HIPAA a sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando sea necesario para el tratamiento y la salud general. Mientras se encuentran en el hospital o en los departamentos ambulatorios para tratamiento y atención, los departamentos de hospital / ambulatorios tienen permiso para divulgar información pertinente de PHI a miembros de la familia, amigos o cuidadores designados que puedan estar presentes.



PATIENT LABEL

**Certificación de Medicare, Autorización para Divulgar Información y Solicitud de Pago:** El que suscribe certifica que la información suministrada al solicitar el pago conforme al Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autoriza a todo poseedor de su información médica o de otro tipo a suministrar a la Administración de Seguridad Social o a sus intermediarios toda información necesaria para esta o una reclamación de Medicare relacionada. El que suscribe solicita que el pago de los beneficios autorizados se haga en su nombre.

- \_\_\_\_ INICIAL **Notificación sobre privacidad de HIPAA:** Reconozco que he recibido la “Notificación sobre prácticas de privacidad (HIPAA)” y he tenido la oportunidad de revisar su contenido.
- \_\_\_\_ INICIAL **Derechos y responsabilidades del paciente:** Reconozco que he recibido los “Derechos y responsabilidades del paciente.”
- \_\_\_\_ INICIAL **Comprensión de la facturación del médico:** Reconozco que un médico u otro proveedor de atención médica que me brinda servicios durante mi visita puede no estar participando en el mismo plan que el hospital. Seré responsable de pagar a estos proveedores de atención médica por separado, sujeto a los términos de mi plan de seguro de salud, si corresponde.
- \_\_\_\_ INICIAL **Política de Ayuda Financiera:** Reconozco que he recibido la “Política de Ayuda Financiera.”
- \_\_\_\_ INICIAL **Divulgación de propiedad del médico:** Reconozco que he recibido la “Notificación al paciente: divulgación de propiedad.”
- \_\_\_\_ INICIAL **Notificación al paciente de recolección de datos:** Reconozco que he recibido la “Notificación al paciente de recolección de datos.”
- \_\_\_\_ INICIAL **Notificación sobre derechos de visita del paciente:** Reconozco que he recibido la “Notificación sobre derechos de visita del paciente.”
- \_\_\_\_ INICIAL **Notificación del miembro de la familia / representante / médico: HAGO / NO** autorizo la notificación de otra parte.

Si desea una notificación, indique los nombres y la información de contacto:

- Nombre: \_\_\_\_\_ Datos de contacto: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Datos de contacto: \_\_\_\_\_

Certifico que he leído este documento, que soy el paciente o el representante debidamente autorizado y acepto los términos del presente.

Firma	Hora:	Fecha:
	a. m./p. m.	
En caso de que firme una persona que no sea el paciente, indicar la relación:		

Testigo:	Hora:	Fecha:
	a. m./p. m.	

<b>Para Uso Exclusivo del Personal</b>		
La persona mencionada anteriormente recibió una copia de la “Notificación de las prácticas de privacidad”. Se han realizado esfuerzos de buena fe para obtener el acuse de recibo de su recepción de la notificación, pero no fue posible obtener el mencionado acuse de recibo porque:		
<input type="checkbox"/> La persona se negó a firmar <input type="checkbox"/> La persona no pudo firmar <input type="checkbox"/> El paciente se encontraba en una emergencia médica y se intentará obtener el acuse de recibo en la próxima oportunidad disponible <input type="checkbox"/> Otra razón ( <i>especificar</i> ): _____		
Notificación del miembro de la familia/representante o médico:		
<input type="checkbox"/> La llamada se hizo a un familiar / representante / médico identificado anteriormente.		
Contacto 1: <input type="checkbox"/> Se dejó mensaje	<input type="checkbox"/> Se habló con: _____	Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____
Contacto 2: <input type="checkbox"/> Se dejó mensaje	<input type="checkbox"/> Se habló con: _____	Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____
Firma del personal:	Hora:	Fecha:
	a. m./p. m.	

PATIENT LABEL

