

CONDICIONES DE ADMISIÓN

Nombre del paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Doy mi consentimiento para los procedimientos que pueden realizarse durante esta hospitalización o mientras soy paciente ambulatorio. Estos pueden incluir, entre otros, tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, servicios de telesalud, anestesia o servicios hospitalarios que se me brindan según las instrucciones generales y especiales de mi médico o cirujano. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han otorgado garantías con respecto al resultado del examen o tratamiento en este hospital.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Este hospital solo brinda atención general de enfermería y atención médica ordenada por el (los) médico(s). Si quiero una enfermera privada, estoy de acuerdo en hacer tales arreglos. El hospital no es responsable por no proporcionar una enfermera privada y por este medio queda liberado de toda responsabilidad derivada del hecho de que el hospital no brinda esta atención adicional.

RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS

Todos los médicos y cirujanos que me brindan servicios, incluyendo el radiólogo, el patólogo, el médico de emergencias, el anestesiólogo y otros, no son empleados, representantes ni agentes del hospital. Se les ha otorgado el privilegio de usar el hospital para la atención y el tratamiento de sus pacientes, pero no son empleados, representantes ni agentes del hospital. Son practicantes independientes.

Iniciales del paciente: _____

Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi médico tratante. El hospital y su personal de enfermería son responsables de llevar a cabo las instrucciones de mi médico. Mi médico o cirujano es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, al tratamiento médico o quirúrgico, a los procedimientos de diagnóstico o terapéuticos especiales, o a los servicios hospitalarios que me brinden según las instrucciones generales y especiales de mi médico.

ESTUDIANTES Y VOLUNTARIOS

Entiendo y acepto que los residentes, pasantes, médicos y estudiantes de podología, colegas de posgrado y otros médicos capacitados observen, examinen, traten y participen a solicitud y bajo la supervisión del médico a mi cargo como parte de diversos programas de educación médica. Además, los estudiantes de profesiones de atención médica auxiliar (por ejemplo, terapia de enfermería, rayos X y rehabilitación) pueden observar, examinar, tratar y participar en mi cuidado bajo la supervisión de un profesional de atención médica auxiliar con licencia.

Entiendo y acepto el uso de voluntarios para una variedad de tareas no médicas relacionadas con mi visita al Valley Presbyterian Hospital.

PACIENTES DE MATERNIDAD

Si atiendo el parto de un bebé (s) mientras soy paciente de este hospital, acepto que estas mismas condiciones de admisión se aplican a los bebés.

OBJETOS PERSONALES

Como paciente, me han recomendado dejar mis objetos personales en mi hogar. El hospital cuenta con una caja de seguridad ignífuga para la custodia de dinero y objetos de valor. El hospital no se hace responsable por la pérdida o el daño de cualquier pertenencia personal o dispositivo de asistencia que no se coloque en la caja de seguridad ignífuga, incluidos, entre otros, dinero, joyas, documentos, lentes, dentaduras postizas, audífonos, teléfonos celulares, computadoras portátiles y demás aparatos electrónicos de uso personal, ni otros artículos. La responsabilidad del hospital por pérdidas de objetos personales que hayan sido depositados bajo la guarda del hospital se limita, conforme a las leyes, a quinientos dólares (\$500), a menos que el hospital me entregue un recibo escrito por un monto mayor.

VALLEY
PRESBYTERIAN
HOSPITAL

8560S-019 (5/10/19) PATIENT I.D.

CONDITIONS OF ADMISSION

Page 1 of 3



CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS

Doy mi consentimiento para tomar fotografías, videos, imágenes digitales u otras de mi condición o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las imágenes, para los fines de mi identificación, diagnóstico o tratamiento o para las operaciones del hospital, incluyendo la revisión de compañeros y programas de educación o formación realizados por el hospital.

DIRECTIVA ANTICIPADA

¿Tiene una Directiva Anticipada? SÍ NO o ¿El paciente es menor de edad?

En caso afirmativo, nombre de la persona/agente designado en la Directiva anticipada

Letra de molde _____ , _____
(Apellido) (Primer nombre)

Número de teléfono del Agente/persona designados () _____ - _____

¿Hay una copia de la Directiva anticipada en el cuadro? SÍ NO

En caso negativo, nombre de la persona que proporciona una copia para el cuadro

_____ , _____
(Apellido) (Primer nombre)

Número de teléfono de la persona que proporciona una copia de la Directiva anticipada

() _____ - _____

¿Se proporcionó un Folleto de Directivas anticipadas proporcionado al paciente? SÍ NO

¿Le gustaría al paciente hablar con Servicios Sociales para formular una Directiva anticipada? SÍ NO

ACUERDO FINANCIERO

Estoy de acuerdo en pagar puntualmente todas las facturas del hospital de acuerdo con los cargos que se enumeran en la descripción de cargos del hospital y, si corresponde, en las políticas de atención de beneficencia y de descuento del hospital y las leyes estatales y federales. Entiendo que puedo revisar la descripción de los cargos del hospital antes (o después) de que reciba los servicios del hospital. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, el patólogo, el médico de urgencias, el anesthesiólogo y otros, facturarán por separado sus servicios. Si mi seguro o plan de beneficios de salud me envía algún pago directamente a mí, me comprometo a la entrega inmediata de los pagos al hospital, y endosaré o haré que mi representante endose cualquier cheque u otro documento necesario para el hospital. Si alguna cuenta se remite a un abogado o agencia de cobranza para su cobro, pagaré los honorarios reales de los abogados y los gastos de cobro. Todas las cuentas morosas tendrán intereses a la tasa legal, a menos que lo prohíba la ley.

Iniciales del paciente: _____

CESIÓN DE TODOS LOS DERECHOS Y BENEFICIOS

Irrevocablemente cedo y transfiero al hospital todos los derechos, beneficios y otros intereses relacionados con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago por mi atención. Esta asignación incluirá la asignación y la autorización al pago directo en el hospital de todos los beneficios de seguro y plan de salud pagaderos por la atención que he recibido o se me brindará en el futuro, así como el derecho a demandar para cobrar dicho pago. Esta asignación también incluirá el derecho a obtener copias de cualquier documento del plan u otra información conforme a la cual se rige mi seguro de beneficios de salud, el derecho a buscar multas, tarifas e intereses legales o contractuales contra cualquier administrador o fiduciario del plan; el derecho a buscar un recurso equitativo apropiado en relación con la prestación de servicios para mí; y el derecho a demandar a cualquier fiduciario o administrador por el plan por incumplimiento del deber fiduciario. Estoy de acuerdo en que el asegurador o el pago del plan al hospital conforme a esta autorización deberá cumplir con sus obligaciones en la medida de dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no pagados de acuerdo con esta cesión, en la medida en que lo permitan las leyes estatales y federales. Estoy de acuerdo en cooperar y tomar todas las medidas razonablemente solicitadas por este hospital para perfeccionar, confirmar o validar esta tarea.

8560S-019 (5/10/19) PATIENT I.D.

VALLEY
PRESBYTERIAN
HOSPITAL

CONDITIONS OF ADMISSION

Page 2 of 3



Por la presente, también designo al hospital como mi representante debidamente autorizado para que actúe en mi nombre en relación con todos los asuntos que surjan o estén relacionados con los esfuerzos para buscar el seguro y los beneficios del plan de salud que se pagarán por mi atención. Le otorgo a este hospital el poder y la autoridad absolutos para hacer cualquier cosa que yo hubiera tenido derecho a hacer en cualquier proceso o foro legal, privado, público, administrativo, formal o informal. El hospital actuará como mi representante autorizado en cualquier proceso interno o externo de apelación, revisión o reclamo; en relación con cualquier solicitud de verificación de cobertura o solicitud de autorización de servicios; en relación con cualquier reclamo o apelación anteriores y posteriores al servicio; y, en su caso, en litigio. Estoy de acuerdo en cooperar y tomar todas las medidas razonablemente solicitadas por este hospital para perfeccionar, confirmar o validar su estado como mi representante autorizado.

Mis iniciales a continuación indican que he recibido los siguientes documentos:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Derechos y responsabilidades del paciente | <input type="checkbox"/> Aviso de prácticas de privacidad |
| <input type="checkbox"/> Información general sobre el intercambio de información | <input type="checkbox"/> Mensaje importante de Medicare |
| <input type="checkbox"/> Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico | <input type="checkbox"/> Responsabilidad financiera del paciente |
| <input type="checkbox"/> Guía del paciente para la transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> ¿Quiere dejar de fumar? |

Este hospital mantiene una lista de los planes de salud con los que tiene contratos. Una lista de dichos planes está disponible a solicitud de la oficina financiera. Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, el patólogo, el médico de emergencias, el anestesiólogo y otros, facturarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si el hospital o los médicos que me prestan sus servicios tienen contrato con mi plan de salud.

Certifico que he leído lo anterior y he recibido una copia de éstos. Soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy autorizado de otra manera por el paciente para firmar lo anterior y acepto sus términos en su nombre.

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

Firma: _____
Paciente o Representante legal

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(representante legal)

Firma: _____
(testigo)

Nombre en letra de imprenta: _____
(testigo)

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR UNA PERSONA DISTINTA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

Me comprometo a aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y aceptar los términos de las disposiciones que anteceden del Contrato financiero, de los Contratos de Cesión de beneficios del seguro y del Plan de salud.

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

Firma: _____
(Responsable financiero)

Nombre en letra de imprenta: _____
(responsable financiero)

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Firma: _____
(testigo)

Nombre en letra de molde: _____
(testigo)

UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO DEBE SER ENTREGADO AL PACIENTE Y A OTRA PERSONA QUE FIRME ESTE DOCUMENTO

