

# CONDICIONES DE ADMISIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

- 1. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS:** Doy mi consentimiento para los procedimientos que se pueden realizar durante esta hospitalización o mientras soy un paciente ambulatorio. Estos pueden incluir, entre otros, tratamientos 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 bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico o cirujano. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía con respecto al resultado del examen o tratamiento en este hospital.
- 2. CUIDADO DE ENFERMERÍA:** Este hospital solo brinda atención de enfermería general y atención ordenada por el médico(s). Si quiero una enfermera privada, acepto hacer esos arreglos yo mismo. El hospital no es responsable de proporcionar una enfermera privada y por la presente queda liberado de toda responsabilidad que surja del derecho de que el hospital no brinde esta atención adicional.
- 3. RELACIÓN LEGAL ENTRE HOSPITAL Y MÉDICOS:** Todos los médicos y cirujanos que me brindan servicios, incluyendo radiólogo, patólogo, médico de emergencia, anestesiólogo y otros, no son empleados, representantes o agentes del hospital. Se les ha concedido el privilegio de utilizar el hospital para el cuidado y tratamiento de sus pacientes, pero no son empleados, representantes o agentes del hospital. Son practicantes independientes. Entiendo que me encuentro 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, para tratamientos médicos o quirúrgicos, procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos, o servicios hospitalarios que se me brinden bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico.
- 4. ESTUDIANTES Y VOLUNTARIOS:** Entiendo y doy mi consentimiento para que los residentes, pasantes, estudiantes de medicina y podología, becarios de posgrado y otros médicos en formación observen, examinen, traten y participen a solicitud y bajo la supervisión del médico tratante a mi cargo como parte de varios programas de educación médica. Además, los estudiantes de profesiones auxiliares de la salud (por ejemplo, enfermería, rayos X y terapia de rehabilitación) pueden observar, examinar, tratar y participar en mi cuidado bajo la supervisión de un profesional auxiliar de la salud con licencia. Entiendo y doy mi consentimiento para el uso de voluntarios para una variedad de tareas no médicas relacionadas con mi visita a Valley Presbyterian Hospital.
- 5. PACIENTES DE MATERNIDAD:** Si doy a luz a un bebé mientras soy paciente de este hospital, acepto que estas mismas Condiciones de admisión se apliquen al bebé(s).
- 6. ACUERDO DEL ALTA:** Si mi médico tratante ordena mi alta, acepto desalojar mi habitación antes de la hora del alta. Si ocupo la habitación más allá de la hora de salida, pagaré todos los cargos en los que incurra, incluyendo el cargo de la habitación y cama para ese día.
- 7. OBJETOS PERSONALES:** Como paciente, se me anima a dejar todos los objetos personales en casa. El hospital mantiene una caja fuerte a prueba de fuego para la custodia de dinero y objetos de valor. El hospital no es responsable por la pérdida o daño de objetos personales o dispositivos de asistencia que no se coloquen en la caja fuerte, incluyendo, entre otros: dinero, joyas, documentos, anteojos, dentaduras postizas, audífonos, teléfonos celulares, computadoras portátiles, otros dispositivos electrónicos personales u otros artículos.

8560S-019 (7/25/23) PATIENT I.D.



VALLEY PRESBYTERIAN  
HOSPITAL

**CONDITIONS OF ADMISSION**

Page 1 of 4



La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier propiedad personal depositada en el hospital para su custodia está limitada por ley a quinientos dólares (\$500), a menos que reciba un recibo por escrito por parte del hospital por una cantidad mayor.

8. **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS/GRABACIÓN DE VIDEOS:** Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, cintas de video, imágenes digitales o de otro tipo, de mi condición o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las imágenes, para fines de mi identificación, diagnóstico o tratamiento o para las operaciones del hospital, incluyendo la revisión y educación de homologos o programas de capacitación impartidos por el hospital.

9. **DIRECTIVA ANTICIPADA:**

¿El paciente es menor de edad?  SÍ  NO

¿Tiene una Directiva anticipada? En caso afirmativo, nombre de la persona/agente designado  SÍ  NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Existe una copia de la Directiva anticipada en el expediente médico?  SÍ  NO

Si la respuesta es No, nombre y número de teléfono de la persona que proporcionará una copia para el expediente médico.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Se proporcionó un folleto de Directivas anticipadas al paciente:  SÍ  NO

¿Le gustaría hablar con Servicios Sociales con respecto a la elaboración de una Directiva anticipada  SÍ  NO

10. **ACUERDO FINANCIERO:** Acepto pagar de inmediato todas las facturas del hospital de acuerdo con los cargos que se indican en la descripción de cargos del hospital y, si corresponde, las políticas de atención de beneficencia y pago con descuento del hospital y las leyes estatales y federales. Entiendo que puedo revisar la descripción de cargos del hospital antes (o después) de recibir los servicios del hospital. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, incluyendo radiólogo, patólogo, médico de emergencia, anesthesiólogo y otros, facturarán por separado sus servicios. Si mi seguro o plan de beneficios de salud me envía cualquier pago directamente, acepto organizar la entrega inmediata de los pagos al hospital y endosaré o haré que mi representante respalde los cheques y/u otros documentos necesarios para el hospital. Si alguna cuenta se remite a un abogado o agencia de cobranza para su cobro, pagaré los honorarios de los abogados y los gastos de cobranza reales. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal, a menos que lo prohíba la ley. Autorizo al hospital, a una agencia de cobranza u otra entidad contratada por el hospital, a obtener informes crediticios sobre mí de las agencias de crédito nacionales en relación con el pago de mi cuenta.

11. **RESPONSABILIDAD POR SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Si recibo servicios que no están cubiertos por una Fuente de seguros, me comprometo a pagar todos los cargos por dichos servicios en la medida permitida por la ley. Entiendo que puedo recibir facturas separadas por los servicios del centro y por los servicios profesionales. Coloque sus iniciales en el espacio en blanco indicando que entiende lo anterior.

12. **SALDOS DE CRÉDITO:** Si hay un saldo a mi favor (lo que significa que el monto pagado es más de lo que se debe), autorizo al Hospital a aplicar el saldo a mi favor a todos los demás servicios abiertos o no pagados en mis cuentas (o las cuentas de mi garante). con el Hospital, comenzando con la cuenta pendiente más antigua, incluyendo las cuentas que se hayan asignado a deudas incobrables (cobranzas) según lo permita la ley.

8560S-019 (7/25/23) PATIENT I.D.



VALLEY PRESBYTERIAN  
HOSPITAL

**CONDITIONS OF ADMISSION**

Page 2 of 4



- 13. PACIENTES DE MEDI-CAL CON UN COSTO COMPARTIDO (SOC):** Esto es para informarle de su monto de Costo compartido como se indica en su verificación de elegibilidad de Medi-Cal. El Costo compartido es responsabilidad del beneficiario de Medi-Cal y debe pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Si no puede pagar el monto de su Costo compartido hoy, estará “obligado” a pagar en una fecha posterior al recibir su estado de cuenta. INICIALES
- 14. PACIENTES DE MEDI-CAL CON ESTADO DE ELEGIBILIDAD PRESUNTO O LIMITADO DE MEDI-CAL:** Esto es para informarle de una responsabilidad potencial debido a su estado de Elegibilidad presunto o limitado de Medi-Cal. Su beneficio puede o no cubrir la totalidad o parte de los servicios prestados a usted. Además, cualquier servicio no cubierto será su responsabilidad, si usted y su médico acuerdan que el servicio y/o suministro es necesario.
- 15. CESIÓN DE BENEFICIOS:** Cedo y transfiero irrevocablemente al Hospital todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago para mi atención. Esta cesión incluirá la asignación y autorización del pago directo al hospital de todos los beneficios del seguro y del plan de salud pagaderos por la hospitalización o por estos servicios ambulatorios. Acepto que el pago de la compañía de seguros o del plan al hospital de conformidad con esta autorización cumplirá 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. Acepto cooperar y tomar todas las medidas razonables solicitadas por este hospital para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión.
- 16. LISTA DE CONTRATOS DE PLANES DE SALUD:** Tenga en cuenta que este hospital mantiene una lista de planes de salud con los que tiene contratos. Una lista de dichos planes está disponible a solicitud a la oficina financiera. Todos los médicos y cirujanos, incluyendo radiólogo, patólogo, médico de urgencias, anestesiólogo y otros, facturarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si el hospital o los médicos que me brindan servicios tienen un contrato con mi plan de salud.
- 17. DIRECTORIO DE INSTALACIONES:** Acepto que el personal del Hospital pueda revelar la ubicación de mi habitación/número de teléfono a los visitantes que pregunten por mí por mi nombre. Además, el Hospital puede proporcionar mi afiliación religiosa al clero, en su caso. Alternativamente, solicito que el Hospital retenga la siguiente información de todos los visitantes, incluyendo los miembros de la familia, que pregunten por mí:  Nombre  Número de teléfono  Habitación  Ubicación
- 18. MATERIAL INFORMATIVO DE ADMISIÓN/REGISTRO:**

Mis iniciales indican que he recibido los siguientes documentos: \_\_\_\_\_

INICIALES

- Derechos y responsabilidades del paciente
- Aviso de prácticas de privacidad
- Descripción general del intercambio de información de salud
- Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico
- Una guía del paciente para la transfusión de sangre
- Responsabilidad financiera del paciente
- Desea dejar de fumar
- Formulario de TCPA para participar o no



**19. CERTIFICACIÓN:**

Certifico que estoy de acuerdo con lo anterior y que recibí una copia de ello. Soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy autorizado por el paciente, el representante legal del paciente para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona financieramente responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona financieramente responsable (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si el paciente declara "yo mismo")

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo

**20. FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT BY PERSON OTHER THAN THE PATIENT OR THE PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE:**

I agree to accept financial responsibility for services rendered to the patient and to accept the terms of the Financial Agreement, Assignment of Insurance Benefits, and Health Plan Contracts provisions above.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

\_\_\_\_\_  
Signature of Financially Responsible Party:

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Financially Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient Financially Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Phone Number of Financially Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Address of Financially Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Witness

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

8560S-019 (7/25/23) PATIENT I.D.



VALLEY PRESBYTERIAN  
HOSPITAL

**CONDITIONS OF ADMISSION**  
Page 4 of 4

