

CONDICIONES DE INGRESO

El paciente infrascrito ingresa al Hoag Memorial Hospital Presbyterian ("Hospital") para tratamiento como paciente hospitalizado, de consulta externa y / o tratamiento de emergencia sujeto a los siguientes términos y condiciones:

1. CONSENTIMIENTO PARA SOMETERSE A PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

El infrascrito otorga su consentimiento para los procedimientos que puedan ser realizados durante su hospitalización o como paciente de consulta externa, incluyendo tratamiento o servicios de emergencia que pueden incluir, pero no limitarse a: exámenes de laboratorio, rayos-x, procedimientos o tratamientos médicos o quirúrgicos, servicios de telesalud, anestesia o servicios hospitalarios brindados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente. Para cumplir con los requisitos de la ley de California, las evaluaciones y exámenes pueden realizarse, o puede brindarse tratamiento durante la estadía en el Hospital (como por ejemplo pruebas para la fenilcetonuria) para el bienestar del paciente. El infrascrito otorga su consentimiento para dichos exámenes o tratamientos de acuerdo a la ley del estado.

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Este hospital brinda únicamente cuidados de enfermería general, a menos que, de acuerdo a las órdenes del médico tratante, al paciente se le brinden cuidados de enfermería más intensivos. Si la condición del paciente requiere los servicios de una enfermera dedicada, se acuerda que los arreglos para ello deberán ser realizados por el paciente o su representante legal. El Hospital no será, en ningún caso, responsable por no brindar los mismos y queda exonerado de cualquier responsabilidad por la omisión de cuidados adicionales al paciente.

3. LOS MÉDICOS SON PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Todos los médicos y cirujanos que brinden servicios al paciente, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico del departamento de emergencia, anestesiólogo, internista y los demás, son profesionales independientes y **no** son empleados o agentes del hospital. Ellos simplemente tienen el privilegio de utilizar el Hospital para la atención y tratamiento de sus pacientes. Las cuentas de los médicos son separadas de las cuentas del Hospital, lo que significa que los pacientes pueden recibir varias cuentas. **Iniciales aquí (Initials): _____**

El paciente está bajo el cuidado y la supervisión de su médico tratante. Es responsabilidad del médico o del cirujano del paciente obtener el consentimiento informado del paciente, cuando se necesite, para iniciar un tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales o servicios hospitalarios brindados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico.

4. EFECTOS PERSONALES

Se solicita que los pacientes dejen sus efectos personales en casa. El Hospital tiene una caja de seguridad a prueba de incendios para resguardar dinero y objetos de valor. El Hospital no será responsable por la pérdida o daño de dinero, joyas, documentos u otra propiedad personal que ingrese al hospital. La responsabilidad del Hospital por la pérdida de cualquier propiedad personal depositada en el hospital para resguardo está limitada por la ley a quinientos dólares (\$500), a menos que se haya obtenido un recibo del Hospital por una cantidad mayor.

Iniciales aquí (Initials): _____

CONDITIONS OF ADMISSION - SPANISH

5. PACIENTES DE MATERNIDAD

Si la paciente tiene un bebé(s) siendo paciente del Hospital, el infrascrito acuerda que las mismas condiciones de ingreso aplican al infante(s). **Iniciales aquí (Initials): _____**

6. PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN / ENSEÑANZA MÉDICA

El infrascrito reconoce y entiende que el Hospital participa en programas de enseñanza y, en consecuencia, el entrenamiento de médicos especialistas a través de un programa de educación médica, enfermeras y otro personal de atención de salud toma lugar en el Hospital y que estas personas pueden participar en la operación, pruebas diagnósticas o terapéuticas especiales o tratamientos especificados anteriormente bajo supervisión apropiada y el infrascrito está de acuerdo.

7. CONSENTIMIENTO PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS

El infrascrito otorga su consentimiento para ser fotografiado (incluyendo video o fotografía fija, en formato digital o cualquier otro método para grabar y reproducir imágenes) mientras reciba tratamiento en el Hospital, en el entendido que dichas imágenes podrán ser utilizadas para tratamiento del paciente o para procedimientos del Hospital relacionados con la salud tales como revisión por colegas o educación médica o cuando el médico tratante del paciente lo considere adecuado.

8. ACUERDO FINANCIERO

El infrascrito acuerda, al firmar como agente o paciente, que, en consideración por los servicios brindados al paciente, él / ella se obliga a pagar prontamente la cuenta del Hospital de acuerdo a las tasas y términos regulares del Hospital, incluyendo sus servicios caritativos y políticas de pagos con descuento, si se aplicaran en su caso. El infrascrito entiende que todos los médicos y cirujanos, incluyendo radiólogos, patólogos, médicos del departamento de emergencia, anesthesiólogo, internista y otros, cobrarán separadamente por sus servicios. Si alguna cuenta tuviera que ser enviada a un abogado o agencia de cobros, el infrascrito pagará las cuentas del abogado y los costos por cobros. Todas las cuentas que no sean pagadas en tiempo pagarán interés a las tasas legales.

Iniciales aquí (Initials): _____

9. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS

El infrascrito asigna y autoriza, como agente o paciente, el pago directo al Hospital de cualquier beneficio proveniente de seguro médico pagadero al paciente por esta hospitalización o por servicios de consulta externa. Se acuerda que el pago al Hospital, de acuerdo a esta autorización, por una compañía de seguros, exonerará a la compañía de seguros de todas sus obligaciones bajo la póliza, hasta el monto de tal pago. El infrascrito entiende que él / ella tiene la responsabilidad financiera por los cargos no cubiertos de acuerdo a los términos del seguro.

10. OBLIGACIÓN DEL PLAN DE SALUD (SEGURO)

Este Hospital tiene un listado de planes de salud con los que tiene un contrato. A solicitud, se encuentra disponible en la Oficina de Ingresos y Registros (Admitting and Registration Office) un listado de dichos planes de salud. El Hospital no tiene contrato, específico o implícito, con ningún plan de salud que no esté en el listado. Es obligación del paciente asegurarse que su plan de salud ha autorizado los servicios que brindará el Hospital. El infrascrito acuerda que él / ella está bajo la obligación individual de pagar su cuenta del Hospital de acuerdo con las tasas y términos regulares del Hospital, incluyendo sus políticas de asistencia financiera, si él / ella pertenece a un plan de salud que no aparece en el listado arriba mencionado o si el paciente no obtiene la autorización de su plan de salud.

Todos los médicos y cirujanos, incluyendo radiólogos, patólogos, médicos del departamento de emergencia, anesthesiólogo, internista y otros, cobrarán separadamente por sus servicios. Es responsabilidad del infrascrito determinar si los médicos brindando servicios al paciente tienen contrato con el plan de salud del paciente, si lo tuviera.

Iniciales aquí (Initials): _____

11. RECONOCIMIENTO

- a. Esto es para reconocer que el infrascrito ha recibido los folletos *Patient Rights* (Derechos del paciente) y las instrucciones sobre cómo presentar una queja, *Patient Responsibilities* (Responsabilidades del paciente) y *Your Right to Make Decisions about Medical Treatment* (Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico) (información sobre Directivas anticipadas para la atención médica) entre otra información.
- b. La persona que suscribe reconoce y comprende que, ocasionalmente, el Hospital puede brindar servicios a sus pacientes a través del uso de recursos externos o por medio de acuerdos con un tercero, como servicios brindados a pacientes del Hospital por laboratorios de referencia y de especialidades o por el Hoag Orthopedic Institute (Instituto de Ortopedia Hoag). En estos casos, el hospital es responsable profesional y administrativamente de todos los servicios brindados a los pacientes del Hospital por estos recursos externos.

Iniciales aquí (*Initials*): _____**12. RECONOCIMIENTO DEL RESULTADO DE ANÁLISIS DE LABORATORIO**

Sí, por el presente documento solicito y acepto que mis resultados de análisis de laboratorio pueden entregarse a través del portal de pacientes; por lo tanto, puedo acceder a ellos de manera electrónica como parte de mi historia clínica. Comprendo que mis resultados de análisis de laboratorio disponibles a través del portal de pacientes no incluirán los resultados de análisis de VIH, hepatitis, drogadicción ni tumores malignos. Sí [yes] No

Iniciales aquí (*Initials*): _____**13. REGISTRO DE VACUNACION DE CALIFORNIA**

Hoag puede compartir sus registros de vacunación o de pruebas de detección de tuberculosis (TB) con el California Immunization Registry (Registro de Vacunación de California, CAIR), una base de datos segura y confidencial de la información de vacunación de los pacientes en todo el estado. Los profesionales médicos, los organismos y las escuelas utilizan el CAIR para mantener un registro de todas las vacunas que la persona recibe y pruebas de TB a las que se somete. El CAIR puede dar constancia de la vacunación necesaria para asistir a las instituciones de cuidado para niños, a la escuela, o para comenzar un nuevo trabajo. Si no quiere que se compartan sus registros de vacunación o de pruebas de TB con otros usuarios del registro, envíe por fax o por correo electrónico el "Formulario para rechazar, empezar a compartir o solicitar información sobre los datos de vacunación" (disponible en el sitio web del CAIR <http://cairweb.org/cair-forms/>), al servicio de asistencia del CAIR al teléfono 1-888-436-8320 o a la dirección de correo electrónico CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov

Iniciales aquí (*Initials*): _____**14. LEY DE PROTECCIÓN DEL USUARIO DE SERVICIOS TELEFÓNICOS Y MERCADEO NO SOLICITADOS**

Al proporcionarnos un número de teléfono celular o de otro dispositivo inalámbrico, usted acepta que, a fin de que nosotros o nuestros proveedores de servicios prestemos servicio a su cuenta (lo que incluye ponerse en contacto con usted en relación con la posible obtención de asistencia financiera para su cuenta), o cobremos las sumas que adeude, nosotros, nuestros agentes o representantes u otros proveedores de servicios podremos comunicarnos con usted, lo que podría ocasionar que incurra en gastos. Usted acepta expresamente que las vías de contacto podrán incluir mensajes de voz pregrabados y artificiales o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. Este consentimiento se aplica a todos los servicios y a la facturación relacionados con su número de cuenta y no constituye un requisito para la adquisición de bienes, productos o servicios. No se le exige que firme con sus iniciales esta sección como requisito para el ingreso.

Si se niega a otorgar, marque: Iniciales aquí (*Initials*): _____

El infrascrito certifica que él / ella ha leído las Condiciones de Ingreso, recibió una copia y es el paciente, su representante legal o se encuentra autorizado por el paciente como su agente general para firmar lo anterior y aceptar sus términos.

[Firma del Paciente/Padre/Guardián] [Patient/Parent/Conservator/Guardian] _____ [Fecha/Date] _____ A.M./P.M.
[Hora/Time]

[Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación]
[If signed by other than patient, indicate relationship]

[Representante del Hospital] [Hospital Representative]

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA FIRMADO POR OTRA PERSONA QUE NO SEA EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por los servicios brindados al paciente y aceptar los términos del Acuerdo Financiero, la Asignación de Beneficios de Seguro y las provisiones de la Obligación del Plan de Salud indicadas anteriormente.

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 Obligation provisions above.

[Firma de la Persona Responsable Financieramente] _____ [Fecha/Date] _____ A.M./P.M. _____
[Signature of Financially Responsible Party] [Hora/Time] [Representante del Hospital/Hospital Representative]

Declaración del intérprete:

El documento precedente fue traducido por el intérprete (cuyo nombre figura a continuación) para el paciente o su representante legal a la lengua materna de cualquiera de ellos (indicar idioma): _____. Dicha persona comprendió todos los términos y condiciones y reconoció estar de acuerdo con el documento antes mencionado.

Interpreter's Statement:

The foregoing document was translated by the interpreter (listed below) to the patient or legal representative in the patient's or legal representative's primary language (indicate language): _____. He/she understood all of the terms and conditions and acknowledged his/her agreement with the above document.

[Nombre y código de identificación del intérprete, en letra de imprenta]
[Interpreter Name and Identification Code - Print]

Servicio de interpretación [Interpreter Service]

[Testigo/Witness] _____ [Fecha/Date] _____ A.M./P.M.
[Hora/Time]

CONDITIONS OF ADMISSION - SPANISH