



CO0030



## CONDITIONS OF ADMISSIONS SPANISH

### CONDICIONES PARA LA ADMISIÓN

#### CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS Y SERVICIOS DE LA SALUD CONDUCTAL

Doy mi consentimiento para los procedimientos que se puedan realizar durante esta hospitalización o mientras sea paciente ambulatorio. Esto puede incluir, pero no limitado a servicios o tratamiento de emergencia, o procedimientos del laboratorio, rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, servicios de la salud conductal, servicios de salud telefónicos, anestesia, o servicios del hospital que se me proporcionen bajo las instrucciones generales y especiales de mi proveedor de atención médica. Entiendo que la práctica de servicios de la salud conductal (Salud Mental y abuso de Sustancias), medicina y cirugía no constituyen ciencias exactas y que el tratamiento puede conllevar riesgos de lesión o hasta de muerte. Reconozco que no se me ha dado una garantía respecto al resultado del examen o tratamiento en este hospital.

Southern Mono Healthcare District d/b/a Mammoth Hospital es un hospital de acceso crítico designado por el gobierno federal y no tiene un doctor en medicina, doctor en osteopatía, o proveedor de la salud conductal presente en el hospital las 24 horas al día, 7 días a la semana. Por lo tanto, no puede estar presente un doctor en medicina, un doctor en osteopatía, o proveedor de la salud conductal durante todas las horas que se le proporcionan los servicios a usted.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Este hospital proporciona atención de enfermería general únicamente, a menos que por orden del proveedor de atención médica del paciente, el paciente requiera más atención de enfermería más intensiva. Si la condición del paciente es tal que requiere del servicio de una enfermera especializada, es por común acuerdo que los arreglos serán hechos por el paciente o los representantes legales de el/ella. El hospital en ninguna manera será responsable por no proveer lo mismo y por medio del presente queda eximido de cualquier y toda responsabilidad que se origine del hecho de que al paciente no se le proporcione el cuidado adicional. En el evento de un traslado de atención médica, el abajo firmante da su consentimiento para obtener registros médicos relativos al traslado de Mammoth Hospital de parte de la instalación que recibirá el traslado.

#### RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y LOS DOCTORES

Todos los médicos y cirujanos que me proporcionan servicios, incluyendo, el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo y otros, no son empleados, representantes o agentes del hospital. Se les ha otorgado el privilegio de utilizar el hospital para la atención y el tratamiento de sus pacientes, pero no son empleados, representantes o agentes del hospital. Son profesionales independientes. Mammoth Hospital participa en el entrenamiento de estudiantes de medicina quienes quizás observen su cuidado médico. Si usted se opone a la presencia de algunos observadores, por favor notifíquese a su proveedor de atención médica.

Entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión de mi proveedor de atención médica. El hospital y su personal de enfermería son responsables del cumplimiento de las instrucciones de mi proveedor de atención médica. Es la responsabilidad de mi proveedor de atención médica obtener mi consentimiento informado, en caso necesario, para el tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos terapéuticos especiales, servicios de la salud conductal o de diagnósticos o servicios del hospital que se me proporcionen bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico.

#### PACIENTES DE MATERNIDAD

Si diera a luz a mi bebé(s) mientras sea paciente de este hospital, estoy de acuerdo en que estas mismas Condiciones de Admisión se aplicarán al bebé.

#### FOTOGRAFÍAS PARA FINES CIENTÍFICOS, EDUCATIVOS Y DE INVESTIGACIÓN:

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi condición médica y quirúrgica o del tratamiento, como también al uso de tales fotografías, para fines científicos, educativos o de investigación.

**OBJETOS PERSONALES** Como paciente, se me aconseja que deje mis artículos personales en casa. El hospital tiene una caja fuerte contra incendios para depositar dinero y objetos de valor. El hospital no se hace responsable por el daño o por la pérdida de dinero, joyas, documentos, anteojos, dentaduras, aparatos auditivos, teléfonos celulares, computadoras portátiles, u otros dispositivos electrónicos personales o artículos no depositados en la caja fuerte. La responsabilidad del hospital por la pérdida de bienes personales depositados en la caja fuerte del hospital para su protección se limita a quinientos dólares (\$500) a menos que el hospital me entregue un recibo por una cantidad mayor.



CO0030



## CONDITIONS OF ADMISSIONS SPANISH

### ACUERDO FINANCIERO

Estoy de acuerdo en pagar puntualmente todas las facturas del hospital/clínicas, de acuerdo a los cargos enumerados en la descripción de cargos del hospital y, si procede sus políticas de pago de atención médica caritativa y descuento y del estado y leyes federales. Yo entiendo que puedo repasar la descripción de cargos antes (o después) de que reciba servicios del hospital. Si alguna cuenta llegara a enviarse a un abogado o a una agencia de cobros por colección, yo pagaré los honorarios y costas reales del abogado, y los gastos de cobranza. Toda cuenta no saldada acumulará intereses según la tasa que establece la ley, a menos que la ley lo prohíba.

### ASIGNACIÓN DE LOS DERECHOS Y BENEFICIOS

Irrevocablemente asigno y transfiero al hospital todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés en relación con cualquier plan de seguros, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago para mi atención. Esta asignación incluirá la asignación y autorización del pago directo al hospital de todos los beneficios del seguro y del plan de salud pagaderos a esta hospitalización o por los servicios de paciente externo. Estoy de acuerdo con que el pago de la compañía de seguros o el plan de pagos al hospital conforme lo acordado a esta autorización deberá cubrir las obligaciones de la compañía de seguros o del plan hasta donde abarque dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no se paguen de acuerdo con esta asignación, en la medida que lo permita la ley estatal o federal. Acepto cooperar con el hospital, y realizar todo lo que este solicite de manera razonable, para perfeccionar, confirmar o validar esta asignación.

**PROCESO DE QUEJAS** Usted tiene el derecho de someter una queja. Para obtener más información, pregúntele a un representante del hospital o comuníquese al Departamento de Calidad al número 760-924-4020.

**CONTRATOS DEL PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA** Este hospital mantiene una lista de los planes de atención médica con los que tiene contrato. Una lista de estos planes esta disponible a petición en la oficina de finanzas. Todos los proveedor de atención médica, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo y otros, facturarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si el hospital o los proveedor de atención médica que me proporcionan servicios tienen contrato con mi plan de salud médico.

Por la presente certifico que he leído la información y que he recibido una copia de este documento. Yo soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy autorizado por el paciente para firmar este documento y aceptar sus términos y condiciones en su nombre.

### CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

En la medida permitida por la ley, su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada según sea necesario para que este hospital lleve a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. La política de este hospital es tomar todas las medidas necesarias para proteger la privacidad de su información médica protegida. La información médica protegida incluye información que ha sido creada o recibida por un proveedor de atención médica relacionada a su condición médica mental o física del pasado, del presente o del futuro y que sea personalmente o específicamente identificable a usted. Para información de nuestras políticas sobre la protección de su información de atención médica, por favor vea nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Es su derecho revisar nuestras políticas antes de proporcionar su consentimiento para la divulgación de su información de salud protegida.

También, este hospital es participante en Commonwell, un intercambio de información médica que facilita la transferencia electrónica de información de salud entre los proveedores involucrados en su cuidado que son participantes en el intercambio de información de salud. A través de Commonwell, este hospital puede divulgar su información médica protegida a otros proveedores participantes de atención médica solo para fines de tratamiento médico.



CO0030

**CONDITIONS OF ADMISSIONS SPANISH**

En los casos en que se requiera su consentimiento o autorización específica para divulgar cierta información de salud, este hospital no divulgará esa información de salud a otros proveedores de atención médica que participan en el intercambio sin obtener primero su consentimiento específico para ello. Todos los proveedores de atención médica participantes deben de responder por todas las divulgaciones de su información médica protegida que se realizaron con fines de tratamiento, y usted tiene derecho a acceder a sus registros médicos u obtener información sobre quién la ha solicitado o recibido.

Ya que su consentimiento para la divulgación de su información de salud protegida a través de Commonwell ayudará a crear un cuidado continuo relacionado con su tratamiento médico, usted tiene el derecho a optar por no compartir su información de salud protegida a través Commowell. Si no opta por no compartir su información de salud protegida a través de Commowell, será asumido su consentimiento para dicha divulgación. Si desea optar por no participar, puede ejercer su derecho de hacerlo solicitando y firmando el formulario de renunciar de Commowell. El efecto de la exclusión voluntaria es que cada proveedor de atención médica participante necesitara solicitar que se transfiera una copia de su registro médico por otros medios.

Por la presente certifico que he leído la información y que he recibido una copia de este documento. Yo soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy autorizado por el paciente para firmar este documento y aceptar sus términos y condiciones en su nombre.

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
(Representante Legal)

Firma: \_\_\_\_\_  
(Testigo)

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
(Testigo)