



DT70320-A

Condiciones de
Tratamiento / Ingreso

PLACE PATIENT
ID LABEL INSIDE BOX

Este acuerdo contiene las condiciones de ingreso y tratamiento a los pacientes en Rady Children's Hospital - San Diego (el "Hospital"). Se le pide al paciente o su representante legal o al individuo legalmente autorizado por el paciente como su representante legal a que lea y firme este Acuerdo para que, tanto el Hospital, como los médicos que atienden a pacientes en el hospital, puedan proporcionar los cuidados médicos necesarios en un ambiente donde los pacientes y sus familiares o representantes entiendan claramente sus derechos y obligaciones. Este Acuerdo es un contrato que se ejecuta legalmente entre usted (el suscrito) y el Hospital. Haga el favor de hacer todas las preguntas que tenga antes de firmar este Acuerdo.

1. **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.** El suscrito autoriza los tratamientos y procedimientos que puedan efectuarse durante la(s) hospitalización(es) y visita(s), incluyendo pero no excluyendo, visitas ambulatorias de emergencia, servicios de cuidado urgente, imágenes de laboratorio, radiografías, extracciones para análisis de sangre, medicamentos, inyecciones y otros servicios de diagnóstico, cuidados de enfermería, tratamientos y procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia u otros servicios hospitalarios bajo las instrucciones generales y específicas del médico o cirujano del paciente. La política del hospital es que ningún paciente debe fallecer o sufrir lesiones graves como resultado de no recibir sangre o productos de sangre en una emergencia médica. Por lo tanto, se administrará sangre a niños menores con o sin el permiso del padre o tutor legal. Además, se está otorgando consentimiento para que el paciente sea internado a Rady Children's Hospital - San Diego, si necesita atención médica. El suscrito entiende que no se ha establecido ninguna garantía con respecto al resultado del examen clínico o tratamiento en el Hospital.

2. **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.** El Hospital proporciona únicamente cuidados generales de enfermería ordenados por el médico(s), a menos que el médico del paciente ordene atenciones más invasivas de enfermería. Si desea contratar servicios de enfermería privada, el Hospital no asume ninguna responsabilidad por los actos u omisiones de dichas enfermeras. El Hospital no se hace responsable por no proporcionar enfermería privada, y por consiguiente no se hace responsable de ningún acto que surja del hecho que el Hospital no ofrece este servicio adicional.

3. **PROGRAMAS EDUCATIVOS.** El Hospital es una institución de enseñanza, de investigación y de atención médica. El suscrito entiende que residentes, internos, estudiantes de medicina, estudiantes de medicina ambulatoria (ejemplo, enfermería, radiografías, terapia de rehabilitación), estudiantes de post grado y otros estudiantes pueden observar, examinar, tratar y participar bajo la solicitud y supervisión del médico que está atendiendo el caso como parte de los programas educativos clínicos y médicos. Estos facultativos pueden no tener una licencia en California, pero ser aprobados en otro estado o país. Algunos médicos facultativos son permitidos de practicar medicina en California bajo un programa especial desarrollado por el Consejo de Medicina en California.

Además, el Consejo de Revisión Institucional del Hospital puede aprobar estudios de investigación conducidos por el Hospital de acuerdo a las leyes estatales y federales. Como resultado, entiendo que pueden ponerse en contacto conmigo para pedirme que participe en estos estudios de investigación pero que no tengo ninguna obligación de participar. Mi decisión, ya sea de no participar o de participar, no afectará la atención médica que reciba.

4. **MÉDICOS Y HOSPITAL - OBLIGACIONES FINANCIERAS SEPARADAS DEL PACIENTE:** Los médicos y cirujanos que proporcionan servicios al paciente, incluyendo pero no excluyendo, radiólogos, patólogos y anesthesiólogos, son contratistas independientes y no son empleados o agentes del Hospital. Cuando se solicita de sus servicios, ellos obtendrán un consentimiento informado del paciente para realizar tratamientos médicos o quirúrgicos, diagnósticos especiales y procedimientos terapéuticos o servicios hospitalarios brindados al paciente bajo instrucciones generales y especiales del médico.

El paciente recibirá una factura por separado de los médicos y cirujanos por los servicios que se proporcionaron durante la hospitalización. Es la responsabilidad del paciente cubrir estos cobros o hacer los arreglos de pagos necesarios y determinar si existen beneficios médicos disponibles para este propósito.

El hospital enviará al paciente una factura por separado por los servicios hospitalarios y de enfermería proporcionadas durante la hospitalización. Es la responsabilidad del paciente pagar o hacer arreglos de pago para cubrir estos servicios hospitalarios antes de ser dados de alta y de determinar si existen beneficios disponibles para este propósito. El hospital mantiene una lista de planes de seguros médicos con los cuales tiene contratos para tratar de cubrir los gastos médicos. La lista se puede obtener en la Oficina del Consejería Financiera. El Hospital se reserva el derecho de terminar los contratos que tenga con ciertos planes de beneficios médicos sin que el paciente sea notificado por escrito. Los gastos hospitalarios serán de acuerdo a los costos y términos regulares del hospital. La tasa de interés legal puede ser evaluada sobre el balance pendiente de todas las cuentas que el paciente no haya pagado al Hospital a partir de los sesenta (60) días después que la cuenta no se haya saldado. En el caso que la factura sea remitida para su recaudación a una agencia de cobros o a un abogado para ser cobrada, la persona responsable financieramente pagará el costo razonable de cobranza, incluyendo pero sin limitar, los honorarios de abogado y gastos de tribunal.

5. **PERTENENCIAS DE VALOR.** No se aconseja traer objetos valiosos al hospital. El hospital no se hace responsable por la pérdida o daño de ninguna propiedad o valor que el paciente o algún visitante hayan traído al hospital.

6. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS MÉDICOS.** En consideración con los servicios de salud proporcionados (los "Servicios"), el abajo firmante, ya sea el paciente o representante legal:

1. irrevocable (sin el derecho a revocar) y expresamente se asigna y transfiere al Hospital todos mis derechos, beneficios, privilegios, protecciones, reclamos y cualquier otro interés que surja como resultado de, relacionado con o concierne a la provisión de Servicios por parte del Proveedor (colectivamente, "Derechos"). El "Proveedor" incluye, sin limitar, al Hospital, a todos los médicos y proveedores de salud, y a todas las otras personas o entidades en nombre del Hospital que brindan servicios de facturación en conexión con los Servicios. Mis derechos asignados incluyen, sin estar limitados, a los derechos de todos los beneficios bajo un contrato con un seguro médico o la política acerca de los Servicios, pagos, derechos de apelación, derechos de demanda, derechos de sanciones disponibles por el contratista o por ley, honorarios e intereses, derechos para obtener copias de los documentos y materiales del plan, derechos para solicitar la divulgación de documentos y materiales relacionados con la factura presentada en mi nombre, derechos para obtener cualquiera o toda la ayuda adecuada equitativa (remedio justo) en la situación que el beneficio de salud o representante médico no cubra los beneficios acordados bajo mi contrato, derechos para presentar demandas de cualquier tipo y los derechos a solicitar honorarios de abogado y/o de cualquier tipo disponible por el contratista o por la ley, que tuve, tengo o pueda tener en el futuro contra una persona, incluyendo sin limitar, el plan de seguro médico, plan de beneficios médicos, plan de beneficios privados o de grupo u hospitalarios, plan de auto-financiamiento, y de un tercero, patrocinador o fuente de pago,

seguro, indemnización o cobertura médica/de salud de cualquier tipo (colectivamente "Recurso de Cobertura").

2. Los Proveedores asignados de acuerdo a mi representante autorizado para actuar en mi nombre, en conexión con todos los asuntos que surjan de o relacionados con los Derechos de Recursos de Cobertura. En caso que el pago del Recurso de Cobertura no cubra todos los gastos, se entiende que el abajo firmante es responsable económicamente por cualquier saldo pendiente. Donde los Servicios provengan de un pasivo a liquidar directamente al asegurado de mi plan de beneficios de salud y/o políticas de responsabilidad de un tercero (s), ya sea por obligación contractual o acción legal, el abajo firmante, en la medida que mi cuenta continúe sin pago o se hayan hecho pagos de cantidades menores, acepto (a) no resolver dicha acción sin la autorización escrita del Proveedor (b) notificaré al Proveedor de este posible derecho de pago, (c) otorgo al Proveedor un gravamen (un derecho legal anexo), efectivo de inmediato, a tales recaudaciones recibidas o a través mío o mi representante, ya sea mediante un acuerdo o sentencia, por todos los cargos facturados, salvo que la autorización escrita disponga lo contrario emitida por el proveedor o su representante autorizado.

7. **USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LAS FUNCIONES DE PAGOS, TRATAMIENTOS Y DE CUIDADOS DE LA SALUD.**

El que suscribe entiende, que como parte del cuidado médico, el Hospital origina y guarda expedientes médicos describiendo el historial médico, medicamentos, alergias, síntomas, resultados de exámenes y de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado y futuros tratamientos. Las divulgaciones con fines de tratamiento, pago y atención médica, como se describen en nuestra Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad, le fueron proporcionadas al momento del ingreso o en su visita. Además el Hospital puede usar o divulgar información médica que identifique al paciente en caso que fuera necesario y permitido por las leyes federales, estatales y reglamentos.

Tenga en cuenta que podemos supervisar y grabar llamadas telefónicas que entren o salgan del Sistema de Distribución de Llamadas Automáticas para propósitos de control de calidad. Este tipo de llamadas incluirá un mensaje grabado o en vivo indicando que la llamada está siendo monitoreada o grabada.

Por la presente consiento recibir llamadas en vivo, artificiales, marcación automática o pregrabadas de Rady Children's, sus proveedores o sus agentes, incluyendo los grupos HRMG, CBB, PMS, CMRE, ACE, CRB, PFS y cualquier otra agencia de cobros de deudas, para cualquier propósito permitido, incluyendo el cobro de deudas. Entiendo que mi consentimiento no es una obligación para obtener tratamiento o efectuar compras.

8. **RESPUESTA A PREGUNTAS EXTERNAS.** El Hospital puede incluir cierta información limitada sobre el paciente en el directorio del Hospital. Esta información incluye nombre del paciente, ubicación en el hospital, condición general del paciente y afiliación religiosa del paciente. La información del directorio, excepto la afiliación religiosa, puede ser divulgada a cualquier persona, incluyendo los medios de comunicación, que pregunten por el paciente por su nombre. El paciente puede optar por no aparecer en el directorio del Hospital y convertirse en un tipo de paciente "confidencial". A menos que usted específicamente se niegue a tener esta información en nuestro directorio, esta información será utilizada para permitir a los visitantes a encontrar la habitación suya/su hijo, para permitir al floristas que entregue flores al paciente o para responder preguntas sobre el estado general del paciente.

Al anotar aquí mis iniciales, declino que el nombre del paciente se incluya en el Directorio del Hospital (EXCLUSIÓN VOLUNTARIA) Por favor ponga sus iniciales en la casilla:

Además de negarse a que el paciente se incluya en el directorio del Hospital, usted tiene la opción de designar al paciente como un tipo de paciente "No información". Esta restricción en el expediente médico del paciente indica que, RCHSD no reconocerá la presencia del paciente en el hospital, e incluso, en nuestro sistema de registro médico aun cuando sea una llamada de los padres, cuidadores y tutores que pudieran figurar como contactos en los expedientes médicos del paciente. Esta restricción le prohíbe a usted/padres/tutor poder reprogramar o confirmar citas por teléfono. ¿Desea prohibir que RCHSD (incluyendo sus proveedores afiliados) proporcione cualquier información por teléfono relacionada con el cuidado del paciente o que pudiera utilizarse para confirmar que el paciente se encuentra en nuestro sistema médico?

Al anotar aquí mis iniciales, declino que se divulgue cualquier información del paciente por vía telefónica aun cuando sea el tutor legal, padre o cuidador autorizado (EXCLUSIÓN VOLUNTARIA) Por favor ponga sus iniciales en la casilla:

9. **SERVICIOS OBLIGATORIOS A LA COMUNIDAD.** La ley prohíbe a la institución discriminar pacientes que estén cubiertos por Medi-Cal y con certeza otros programas con fondos estatales o federales. Si el paciente cree que puede calificar para recibir Medi-Cal u otros programas con fondos estatales y federales, el paciente puede ponerse en contacto con la Oficina de Consejería Financiera para que le ayude a solicitar cobertura.

10. **DIRECTIVAS ANTICIPADAS.** El paciente adulto y ciertos pacientes menores con capacidad legal pueden ejecutar sus Directivas Médicas Anticipadas. Esos incluyen: Adultos (18 años o mayores), menores autosuficientes, menores casados o menores previamente casados, menores emancipados o menores en las Fuerzas Armadas.

¿Tiene el paciente Directivas Médicas Anticipadas vigentes? **SÍ** **No**

Si contesto "sí", se proporcionó una copia para los expedientes. **Ponga sus iniciales en la casilla.**

Si no tiene una copia disponible, identifique el nombre del agente y proporcione la información de contacto.

Nombre: _____ Teléfono #: _____

En este ingreso al hospital se le entregó el folleto "**Su derecho para tomar decisiones sobre el tratamiento médico**".

Ponga sus iniciales en la casilla. ¿Desea que se ejecute las Directivas Anticipadas en este momento? **SÍ** **No**

11. **ASIENTOS DE SEGURIDAD.** La ley de California exige que todo hospital, clínica o centro de maternidad deban proporcionar información y hablar con los padres o el tutor legal sobre sistemas de sujeción para pasajeros infantiles antes de darle de alta. Su firma a continuación, acepta que el hospital de la proporcionado al firmante con la información y explicación de los requisitos legales relacionados con el uso del sistema del asiento de seguridad.

Mi firma a continuación significa **que la información que he proporcionado acerca del nombre de este niño(a) y su identidad es verdadera.** También significa que yo **entiendo:**

- Lo importante que es proporcionar información verdadera y correcta acerca del nombre e identidad mi hijo(a).
- La información incorrecta o falsa acerca de la identidad puede resultar en un tratamiento que pueda dañar a este niño.
- Rady Children's Hospital - San Diego se reserva el derecho de tomar acción debido a la presentación intencional de información falsa que incluye transferencia de cuidado y reportarlo a las autoridades apropiadas.

El suscrito certifica que él/ella ha leído este Acuerdo en su totalidad, que ha recibido una copia de este Acuerdo, y que es el paciente, el representante legal del paciente o que está debidamente autorizado por el paciente para que actúe como su agente general para la ejecución de lo anterior y que acepta en su nombre los términos anteriores.

DATE	TIME	PATIENT / RELATIVE / GUARDIAN / CONSERVATOR	RELATIONSHIP IF NOT PATIENT	WITNESS
------	------	---	-----------------------------	---------