

## CONDICIONES DE ADMISIÓN

(Para uso de pacientes internados, pacientes ambulatorios y pacientes del Departamento de Emergencias)

### Términos utilizados en este formulario

**"Hospital"** se refiere a: St. Joseph's Hospital and Medical Center.

**"Paciente"** se refiere a la persona identificada en el casillero de registro.

**"Representante legal del paciente"** puede referirse a uno de los padres o al tutor legal o curador del paciente, o a cualquier otra persona autorizada a firmar este documento en nombre del paciente, como un representante designado en una instrucción anticipada.

**"Usted"** o **"Su(s)"** se refieren a la persona que firma este documento, que puede ser el paciente o el representante legal del paciente.

**"Nosotros"** o **"nos"** o **"nuestro(s)/nuestra(s)"** se refieren al Hospital.

**"Compañía de seguro"** se refiere a una Organización de Atención Médica Administrada (HMO), un plan de salud, un plan de indemnización, un plan gubernamental o una compañía de seguro.

**"Cargos totales"** se refiere a las tarifas publicadas por el Hospital (incluidas en la llamada lista de precios), antes de aplicar descuentos o rebajas.

Al firmar este documento, usted acepta todas las siguientes disposiciones:

#### **1. Consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos**

Usted brinda su consentimiento a los procedimientos que se le puedan realizar durante esta estadía en el hospital o que se le proporcionen como paciente ambulatorio. Estos pueden incluir tratamientos o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, exámenes radiográficos, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia u otros servicios hospitalarios brindados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico. Algunos tratamientos o servicios pueden proporcionarse a través de telemedicina. Usted acuerda que el hospital y los médicos pueden acceder y utilizar sus registros de farmacia no hospitalarios en relación con su estadía o visita a este hospital. Usted comprende que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta. Usted comprende que el diagnóstico y tratamiento puede implicar riesgos o incluso la muerte. Usted reconoce que Nosotros no le hemos dado garantía alguna a Usted con respecto al resultado del examen o tratamiento en este Hospital. Si la paciente da a luz a un bebé(s) en este hospital, usted acepta que estas mismas Condiciones de admisión se apliquen al/los bebé(s).

#### **2. Consentimiento para usar grabaciones o registros electrónicos**

Usted proporciona su consentimiento para que usemos fotografías, grabaciones de audio o video, u otras formas de registro electrónico de imágenes según sea necesario para el diagnóstico o tratamiento del paciente y para otros propósitos internos del hospital. No usaremos la imagen del paciente con fines de publicidad y comercialización o para recaudar fondos sin obtener su autorización por escrito y en forma separada. Es posible que tomemos la fotografía del paciente para confirmar y proteger su identidad.

#### **3. Cuidados de enfermería generales**

El hospital sólo brinda servicios y cuidados generales de enfermería que indique su(s) médico(s). Si usted desea un enfermero privado de guardia y su médico está de acuerdo, usted deberá realizar los arreglos y el costo de los servicios estará a cargo del paciente. El hospital no es responsable por no proporcionar un enfermero privado de guardia.

Usted libera al hospital de cualquier responsabilidad con respecto al uso de un enfermero privado de guardia o con relación al hecho de que el hospital no proporcione este tipo de atención adicional.

#### **4. Participación de residentes y estudiantes de cuidado de la salud**

Podemos participar en programas de enseñanza para médicos residentes, estudiantes de medicina y enfermería y/o estudiantes de otras áreas del cuidado de la salud. Estas personas pueden observar la atención que recibe el paciente o participar en ella bajo la supervisión de médicos, personal de enfermería y otros profesionales que integran el personal del hospital.



**Dignity Health™**

St. Joseph's Hospital and  
Medical Center

**Condition Of Admission**

**Patient Identification:**

## **5. Los médicos son proveedores de atención médica independientes**

Los médicos que atienden a los pacientes en el hospital son proveedores de atención médica independientes y no son empleados ni representantes del hospital. Estos profesionales incluyen cirujanos, médicos de la sala de emergencias, hospitalistas, radiólogos, patólogos, anestesiólogos y médicos de cuidados intensivos. Estos médicos también tienen la responsabilidad de darle información acerca de los riesgos, beneficios y tipos alternativos de tratamiento para que usted pueda tomar una decisión informada en relación con la atención del paciente. Las enfermeras y el personal del hospital tienen la responsabilidad de cumplir las instrucciones de los médicos. Usted recibirá una cuenta separada de los médicos por los servicios que ellos brinden.

Iniciales del paciente/representante legal: \_\_\_\_\_

Usted comprende que el paciente se encuentra bajo el cuidado y la supervisión del médico tratante. El hospital y su personal tienen la responsabilidad de cumplir con las instrucciones del médico. Su médico o su cirujano son responsables de obtener su consentimiento informado, cuando se requiera, para su tratamiento médico o quirúrgico, procedimiento terapéutico o de diagnóstico especial o los servicios de hospital que se le brindan a usted bajo las instrucciones generales y especiales de su médico.

## **6. Divulgación de información**

Usted recibirá un Aviso de Prácticas de Privacidad que explica la manera en que el hospital puede usar la información del paciente. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en el sitio de Internet del hospital en Patient Privacy Notice (Aviso de Prácticas de Privacidad). El Aviso de Prácticas de Privacidad explica que obtendremos su autorización escrita para divulgar información con respecto al paciente, a menos que la ley nos permita o nos exija difundirla sin autorización.

## **7. Objetos personales**

Usted debería dejar sus objetos personales en su hogar. El hospital posee una caja de seguridad a prueba de incendio para guardar dinero y objetos de valor. El hospital no es responsable por la pérdida o daño de dinero, joyas, documentos u otros artículos no colocados en la caja de seguridad. La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier objeto personal entregado al hospital para su guarda está limitada por ley a quinientos dólares (\$500) a menos que se le entregue un recibo escrito por una suma superior.

## **8. Acuerdo financiero; cesión de beneficios/derechos de apelación**

**a. Pacientes asegurados.** Envaremos la cuenta de todos los servicios brindados durante esta estadía a la compañía de seguro del paciente. El paciente deberá pagar los copagos, co-seguros y deducibles que exija la compañía de seguro. Se podrá solicitar el pago antes del momento del servicio o en dicho momento. Si la compañía de seguro o el plan de beneficios deniegan el pago en forma total o parcial, el paciente acuerda hacerse responsable del pago de cualquier monto adeudado al hospital de acuerdo a la ley. El paciente también cede al hospital todos los derechos como paciente de acuerdo a la ley de Seguridad Social de Retiro del Empleado (ERISA) o a cualquier otra ley del estado o federal para apelar la denegación o el pago insuficiente y para llevar a cabo todos los recursos legales en nombre del paciente ante cualquier fuero y contra cualquier organismo. Algunas de las razones por las que una compañía de seguro comúnmente puede negarse a pagar son:

- El servicio no está cubierto.
- El hospital no pertenece a la red de la compañía de seguro.
- No se obtuvo la autorización previa de la compañía de seguro que debía obtenerse.
- La compañía de seguro determina que el servicio no es necesario desde el punto de vista médico.

Al firmar este documento, usted nos autoriza a presentar un reclamo de pago a la compañía de seguro o plan de beneficios del paciente por los servicios que se le hayan brindado. Usted nos autoriza a realizar cualquier disputa con respecto a denegaciones o pagos insuficientes o a buscar recursos legales contra la compañía de seguro o el plan de beneficios del paciente. Usted autoriza e instruye a la compañía de seguro o plan de beneficios a realizar pagos

directos a nosotros por dichos servicios y a aceptar y resolver apelaciones del hospital en su nombre. Usted designa al hospital como representante personal del paciente a los fines de perseguir cualquier derecho con respecto a los beneficios. Usted también acuerda que el paciente es responsable desde el punto de vista financiero según lo permite la ley de todos los cargos no pagados por el asegurador o el plan de beneficios.

**b. Pacientes sin seguro.** Los pacientes sin seguro deben pagar el monto total por los servicios, a menos que se apliquen otros descuentos. Es posible que los pacientes sin seguro califiquen para programas gubernamentales o para recibir ayuda financiera. La ayuda financiera puede incluir un descuento en los cargos totales del hospital, atención gratuita, planes de pago sin intereses u otros tipos de ayuda. Los pacientes que solicitan ayuda financiera o del gobierno deben completar una solicitud (ver sección 9 más abajo).

**c. Condiciones adicionales.** (i) **Podemos divulgar su información a otras agencias o firmas según sea necesario, con el solo objeto de obtener un informe de crédito estándar con respecto al abajo firmante. Dicho informe de crédito puede incluir investigaciones de antecedentes personales de crédito, empleo y otras situaciones financieras.** (ii) Se aplicarán intereses a todas las cuentas vencidas a la tasa establecida por ley. Si remitimos la cuenta del paciente a una organización de cobranza o a un abogado, el paciente acepta pagar los honorarios razonables del abogado, así como los costos y gastos de cobranza. (iii) Si una persona que no sea usted (o el sucesor del paciente) acepta pagar los servicios brindados al paciente durante esta estadía, dicha persona debe firmar el Acuerdo de Responsabilidad Financiera incluido más abajo.

## **9. Ayuda Financiera**

Podemos ayudar a los pacientes sin seguro a inscribirse en programas de atención médica del gobierno, como Medicaid. Si el paciente no tiene seguro y no cumple los requisitos para inscribirse en los programas del gobierno, es posible que pueda obtener ayuda financiera de acuerdo con la Política de Ayuda Financiera para Pacientes de Dignity Health. Para obtener ayuda de acuerdo con esta política, usted debe completar una solicitud y proporcionar cierta información financiera. Usted recibirá un folleto que explica nuestro proceso de facturación y nuestros programas de ayuda financiera. Puede pedir hablar con un asesor financiero en cualquier momento.

## **10. Responsabilidad de terceros**

Si brindamos tratamiento al paciente por lesiones causadas por actos de otras personas, podríamos tener derecho a recibir pagos adicionales si el paciente obtiene un resarcimiento monetario de la persona o entidad que causó la lesión. Si la ley lo permite, podemos iniciar una demanda relacionada con el resarcimiento de dinero que reciba el paciente. Podemos recuperar una suma equivalente a la diferencia entre los cargos totales y el monto que pagó el paciente o su compañía de seguro por los servicios brindados por el hospital. Usted acepta darnos el nombre de la persona que podría haber causado las lesiones del paciente, el nombre de la compañía de seguro de esa persona, el nombre del abogado del paciente y cualquier otra información que nos pudiese ayudar a ejercer nuestros derechos.

## **11. Certificación del paciente: *Al firmar este documento, usted certifica que:***

- Ha leído este documento.
- Ha recibido una copia del documento.
- Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.
- Entiende lo que significa su contenido.
- Usted es el paciente o el representante legal del paciente.
- Ha recibido el folleto que explica el proceso de facturación del hospital.
- Ha recibido información con respecto a los Derechos y Responsabilidades del Paciente.
- Ha recibido información notificándolo de la política del hospital para la implementación de ciertas instrucciones anticipadas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M./P.M.  
[Paciente o representante legal del paciente]

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
[Nombre en letra de imprenta]

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

**Acuerdo de responsabilidad financiera para una persona que no es el paciente o su representante legal:**  
Acepto asumir la responsabilidad financiera por los servicios brindados al paciente. Específicamente, acepto los términos y condiciones del acuerdo financiero y de la cesión de beneficios del seguro, así como las disposiciones sobre la responsabilidad de terceros que se mencionaron anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M./P.M.  
[Persona que asume la responsabilidad financiera]

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
[Nombre en letra de imprenta]

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

**For Hospital Use Only: Compliance with Advanced Directives Policies**

***Hospital representative must check one and sign:***

- The Patient is incapacitated or otherwise unable to communicate, the advance directive information has been provided to the patient's family or surrogate in accordance with Federal and State law.
- The Patient is unable to receive information regarding advance directives at this time and is not accompanied by a legal representative. A referral will be made to the Hospital Department responsible for follow-up.
- The Patient has been given written information about his/her right under state laws to make advance directives and written Hospital policies regarding the Hospital's implementation of such right.
- The Patient has a written advance directive about health care decisions and:
  - A copy has been provided to the Hospital.
  - A copy has not been given to the Hospital, but the Patient has been informed of Patient's responsibility to give a copy to the Hospital.
- The Patient does not have a written advance directive about health care decisions and:
  - Wants information; a follow-up referral will be made.
  - Does not wish further information now.

Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_



Patient Identification: