

CONDITIONS OF ADMISSION AGREEMENT (SPANISH)

ACUERDO DE LAS CONDICIONES DE ADMISION

Consentimiento de Admisión: Yo pido y consiento la admisión.

Consentimiento para Cuidados Médicos y Cuidados Relacionados con la Salud: Yo pido y consiento el cuidado médico, los procedimientos de diagnóstico y de tratamiento según sean determinados necesarios por mi(s) doctor(es) o sus asistentes. Reconozco que el cuidado que yo reciba mientras esté en esta instalación, está bajo la dirección de mi(s) doctor(es). Esta instalación no es responsable de los actos u omisiones de mi(s) doctor(es).

Proveedores Médicos y Aliados del Cuidado de la Salud: Se me ha informado y entiendo que el(los) Doctor(es) que me provee(n) sus servicios en esta instalación, tales como mi(s) Doctor(es) Personal(es), Radiólogos, Patólogos, Anestesiólogos, Médicos Consultantes, Cirujanos, y otros Proveedores Aliados del Cuidado de la Salud, tales como Dentistas y Psicólogos, son contratistas independientes y no son empleados o agentes de esta instalación a menos que estén identificados específicamente de otro modo.

Programas de Enseñanza: Yo entiendo que esta instalación puede, de vez en cuando, llegar a acuerdos con programas académicos médicos, programas de enfermería y programas aliados de la salud. Debido a estos acuerdos, los médicos residentes, médicos internos, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería y estudiantes de varias profesiones aliadas de la salud, pueden participar en mi cuidado. Yo estoy de acuerdo en participar en estos programas, pero tengo el derecho a limitar mi participación en cualquier momento.

Divulgación de Información: Yo entiendo que esta instalación hará todo esfuerzo en tratar mi información médica como confidencial; sin embargo, me doy cuenta de que la información debe ser compartida con los proveedores y/o los individuos involucrados en mi cuidado o en el pago de mi cuidado. Entiendo que esto incluirá información que se encuentra en mi expediente médico. Yo estoy de acuerdo con la divulgación de información de mi expediente médico, y de los documentos médicos propios de mi expediente hasta el punto necesario para los siguientes propósitos:

- a.) He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad en esta visita /admisión o en una anterior. Yo entiendo que puedo pedir otra copia en cualquier momento.
- b.) a cualquier proveedor médico y/o proveedor de cuidado de la salud responsable de mi cuidado mientras estoy en esta instalación y si se me transfiere a otra instalación para atención, a esa instalación y a sus proveedores de cuidado.
- c.) a aquellos responsables de cobrar y aquellos responsables del pago de mi cuidado. Esto puede incluir a una persona, agencia del gobierno, compañía de seguro médico, plan de salud o plan de grupo patrocinado por su empleador. Este es con el propósito de verificar los beneficios de seguro médico para certificación previa, revisión de estancia extendida y/o el pago del costo de mi cuidado.
- d.) utilizarlos para estudios internos de cuidados médicos y actividades de mejoramiento de calidad.

