

## 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.

- e.) cumplir con el Acta Federal de Dispositivos Médicos Seguros de 1990 (Federal Safe Medical Device Act of 1990) y otros informes requeridos estatales y federales.

**LA INFORMACION AUTORIZADA PARA DIVULGACION PUEDE INCLUIR EXPEDIENTES QUE PUEDEN INDICAR LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOASA O VENEREA QUE PUEDE INCLUIR, PERO NO SE LIMITA A ENFERMEDADES COMO HEPATITIS, SIFILIS, GONORREA, Y EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, TAMBIEN CONOCIDO COMO EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUERIDA ('SIDA')**

Si yo no indicó que algún tercer pagador estará pagando mi cuenta o no, por la presente autorizo que esta instalación divulgue cualquier y todos mis expedientes médicos a un agente de esta instalación con el propósito de determinar si un tercer pagador estará pagando mi cuenta o, si no, si soy elegible para cualquier asistencia del gobierno.

**Derechos de Medicare/Champus/Tricare:** Si aplica, yo acuso recibo de la carta de Medicare/Champus/Tricare que explica mis derechos como paciente de esta instalación. Yo entiendo que esto incluye mi derecho a solicitar una revisión.

**Derechos del Paciente:** Como un Paciente Internado, yo acuso recibo de la información de los Derechos del Paciente que explica mis derechos como paciente en esta instalación. Como un Paciente Externo, yo reconozco que recibiré los Derechos del Paciente a petición.

**Propiedad Personal:** Se me ha informado y entiendo que esta instalación no será responsable de ninguna pérdida de mi propiedad personal, a menos que sea registrada y puesta en un área segura mantenida por esta instalación.

**Asignación de Beneficios:** Por la presente autorizo y asigno el pago a esta instalación de cualquier tipo de reembolso o pago adeudado de Medicare, Medicaid, o de cualquier otro tercer pagador, por cualquier y por todo el costo incurrido por mis cuidados médicos y cuidados relacionado en esta instalación y/o por los contratistas independientes proporcionando los servicios en esta instalación.

**Reconocimiento de Entendimiento:** *Yo certifico que he leído y entiendo el acuerdo precedente. Se me han explicado los puntos no claros y entiendo su contenido y acepto sus términos.*

Yo entiendo que se puede expedir nuevos números de cuenta para los servicios de seguimiento relacionados con esta admisión/tratamiento y esto no cambiaría este acuerdo ni sería considerado una dada de alta por Medicare. Yo entiendo que puedo retirar mi acuerdo con el documento precedente en cualquier momento a través de una notificación escrita a esta instalación.

_____		O	_____	
Firma del Paciente	Fecha/Hora		Firma/Relación	Fecha/Hora
			(Padre/Guardián Legal/Persona Responsable)	
_____			_____	
Firma del Testigo	Fecha/Hora		Firma del Segundo Testigo	Fecha/Hora
			(si es Oral/Teléfono/Cruz del Paciente)	
_____			_____	
Firma del Fiador	Fecha		Favor de escribir su nombre con letras de molde	