

# PERRYTON HEALTH CENTER

## CONDICIONES DE ADMISION & CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Visita: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo autorizo a OGH/PHC y a todos sus medicos, tecnicos, enfermeras(os) y otro personal de salud para proveer cualquier tratamiento medico/quirurgico, procedimientos de laboratorio y otros procedimientos de diagnostico, exámenes de radiologia, administracion de farmacos de rutina, productos biologicos y otros terapeuticos durante esta hospitalizacion o atencion ambulatoria segun lo ordenado por mi medico de cabecera o designados(as) y que se considere necesario o benefico para mi salud.

Este consentimiento incluye pruebas para enfermedades transmisibles o enfermedades de transmission sanguinea, incluyendo sin limitacion, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Syndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y Hepatitis, si un medico prescribe dicha prueba(s) con fines de diagnostico o de tratamiento o en caso de una exposicion accidental a mi sangre u otros fluidos corporales por el personal de salud.

Entiendo que la practica de la medicina y cirugia no es una ciencia exacta y que el diagnostico y tratamiento pueden implicar riesgos de lesion o incluso la muerte. Entiendo y reconozco que los resultados de cualquier tratamiento, pruebas, o cuidado no pueden garantizarse, y que ninguna garantia ni aseguramiento de los resultados se han hecho a mi por OGH/PHC.

Doy mi consentimiento para permitir que medicos, enfermeras(os) y otro personal de salud en entrenamiento observen o participen en la entrega de mi atencion o tratamiento medico y que este personal sera supervisado por instructores o personal autorizado de OGH/PHC.

ASIGNACION DE BENEFICIOS/RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Asigno y traslado a OGH/PHC todos mis beneficios en virtud de polizas de seguros de salud existentes, planes de beneficios medicos, y otras fuentes de pago para mi atencion de paciente interno o paciente ambulatorio. Yo autorizo pago directo a OGH/PHC de todos los seguros, beneficios de plan de salud, y otros pagos para esta hospitalizacion o cuidado ambulatorio. Estoy de acuerdo en cooperar y tomar todas las medidas que sean solicitadas para perfeccionar, confirmar o validar esta asignacion. Yo nombro a OGH/PHC como mi representante autorizado para perseguir cualquier reclamacion, sancion, y remedios administrativos/legales en mi nombre para coleccion contra cualquier partido tercero responsable y todas las prestaciones debidas a mi. Si recibo el pago directamente de cualquier pagador, yo reconozco que es mi deber y

responsabilidad pagar inmediatamente cualquier pago a OGH/PHC.

Por la presente prometo pagar a OGH/PHC por sus cargos plenamente facturados, por todos los servicios y bienes proveidos a mi. Si OGH/PHC no son pagados por completo por mi poliza de seguro de salud, plan de beneficios medicos, u otra Fuente de pago por mi cuidado, yo pagare por cualquier pago no cubierto y pagos cubiertos no pagados por completo incluyendo cargos por pagar como co-pagos, deducibles, co-seguros y cargos no cubiertos. Estoy de acuerdo en ser responsable por pago de la cantidad completa de cargos menos cualquier cantidad ya pagada por mi o en mi nombre, a menos que sea expresamente prohibido por la ley o por contrato. Yo estoy proporcionando a OGH/PHC toda la informacion sobre mi seguro medico, plan de salud, u otra fuente de pago para permitir verificacion. Cuidado de caridad puede estar disponible si se cumplen los criterios de elegibilidad.

Entiendo que los servicios medicos no son parte de los cargos de OGH por cuidado de paciente interno o paciente ambulatorio y seran facturados por separado a mi. Asigno y traslado a dichos medicos los beneficios por pagar en virtud de polizas de seguros de salud existentes, beneficios de planes de salud u otras fuentes de pago por sus servicios medicos hacia mi. Autorizo pago directo a dichos medicos de los beneficios y otros pagos por sus servicios medicos.

MEDICARE/MEDICAID/CERTIFICACION DE PAGADOR TERCERO: Yo certifico que toda la informacion que proporciono en la solicitud de pago en virtud del Titulo XVIII ("Medicare") o Titulo XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguro Social es correcta. Yo asigno los beneficios a pagar por los servicios prestados a OGH/PHC y solicito pago de cualquier y todos los beneficios autorizados que sean hechos a mi nombre a OGH/PHC o medico(s) basandose en OGH/PHC por el programa de Medicare o Medicaid.

LIBERACION DE INFORMACION: Para obtener pagos for servicios, yo autorizo a OGH/PHC que proporcione y libere a mi compañía de aseguransa(s) o sus representates asegurando al paciente nombrado, cualquier o todas las partes de mi expediente medico que pueden ser necesarios para la realizacion de reclamaciones de aseguransa por mi cuidado de paciente. Yo entiendo que las agencias de facturacion de servicios especializados como radiologia, servicios de emergencia, y anestesia tambien recibiran informacion necesaria para la facturacion.

Yo autorizo la liberacion de copias o resúmenes de mi expediente medico a cualquier instalacion u otro proveedor al cual puedo ser trasladado o referido. Ademas autorizo la liberacion de mi informacion medica a cualquier medico involucrado en el suministro de mi cuidado. Por este medio libero a OGH/PHC de toda responsabilidad legal que pueda resultar de la liberacion de la informacion solicitada y proporcionada. Una fotocopia de esta

autorizacion es igual de vinculante.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: OGH/PHC proporciona informacion acerca de que como la informacion de salud protegida sobre mi (el paciente) puede ser revelada. Se me a ofrecido la oportunidad de examinar el Aviso de Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que los terminos del Aviso pueden cambiar y puedo obtener una copia revisada contactando a la oficina de negocios de OGH/PHC. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar restricciones en como mi informacion de salud protegida es usada o liberada para tratamiento, pago, u operaciones de atencion medica. Al firmar este formulario, yo reconozco que se me a ofrecido y/o he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de Ochiltree County Hospital District/Ochiltree General Hospital.

LLENAR PARA PACIENTES INTERNOS/PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS/  
CIRUGIA Y PACIENTES DE PHC

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD DE VALORES PERSONALES: Se me a hecho conciente de que OGH/PHC proporciona instalaciones especiales para la custodia de objetos de valor. Libero al Hospital de cualquier responsabilidad por la perdida o el daño a cualquier posesion valiosa (incluyendo objetos de valor traídos a mi por otras personas) que yo elija mantener en mi posesion personal y no deposite con el Hospital para custodia. La responsabilidad del Hospital por la perdida de cualquier propiedad personal que es depositada con el Hospital para custodia es limitada al mayor de quinientos dolares (\$500.00) o el maximo requerido por la ley.

OGH/PHC no sera responsable por la perdida o daño de cualquier dinero, joyas, documentos, anteojos, audifonos, dentaduras postizas, dispositivos electronicos, u otros articulos a menos que se coloquen en la caja fuerte.

DIRECTIVAS AVANZADAS: Yo entiendo que tengo la oportunidad de dar a conocer mis deseos, por escrito, sobre mi cuidado de salud y/o decisiones de fin de vida. Esta directiva se encuentra en la forma de un testamento en vida y/o poder notarial duradero para el cuidado de la salud.

- \_\_\_\_\_ | He ejecutado una Directiva Avanzada y se me a solicitado suministrar una copia a OGH/PHC.
- \_\_\_\_\_ | No he ejecutado una Directiva Avanzada, deseo ejecutar una y he recibido informacion en como ejecutar una Directiva Avanzada.
- \_\_\_\_\_ | No he ejecutado una Directiva Avanzada y no deseo ejecutar una en este momento.

## AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

\_\_\_\_\_ YO SI \_\_\_\_\_ YO NO autorizo la divulgacion de mi localizacion y condicion general a mi familia y amigos que pregunten por mi por nombre.

\_\_\_\_\_ YO SI \_\_\_\_\_ YO NO autorizo a que mi nombre y preferencia religiosa sean incluidas en un directorio para clero.

Folleto de Derechos y Responsabilidades del Paciente \_\_\_\_\_ Recibido \_\_\_\_\_ Negado

LOS MEDICOS QUE TRATAN A PACIENTES O DE OTRA MANERA PROPORCIONAN SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES EN OGH/PHC PUEDEN SER EMPLEADOS, CONTRATISTAS O PROFESIONALES INDEPENDIENTES. TODOS LOS MEDICOS DEBEN TENER UNA LICENCIA EN EL ESTADO DE TEXAS, CONOCER Y CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ACREDITACION Y DEBEN SER MIEMBROS DEL PERSONAL MEDICO DE OGH Y TENER PRIVILEGIOS CLINICOS CONCEDIDOS PARA EL SUMINISTRO DE SERVICIOS AL PACIENTE. LOS MEDICOS ACTUAN DE FORMA INDEPENDIENTE, NO SON CONTROLADOS NI DIRIGIDOS POR OGH/PHC EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES O EL SUMINISTRO DE SERVICIOS Y SON UNICAMENTE RESPONSABLES DE SU PROPIO JUICIO Y CONDUCTA. OGH/PHC NO SON RESPONSABLES POR EL JUICIO INDEPENDIENTE O CONDUCTA DE SUS MEDICOS.

YO ENTIENDO QUE ESTOY BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISION DE MI MEDICO DE CABECERA. OGH, PHC, SUS ENFERMERAS(OS) U OTRO PERSONAL DE CUIDADO MEDICO SON RESPONSABLES FOR LLEVAR A CABO LAS INSTRUCCIONES DE MI MEDICO. MI MEDICO O CIRUJANO ES RESPONSABLE POR OBTENER MI CONSENTIMIENTO INFORMADO CUANDO SEA REQUERIDO POR LA LEY DE TEXAS PARA CIERTO TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO, DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS Y OTROS SERVICIOS DE HOSPITAL ESPECIALIZADOS.

He leído esta forma de consentimiento, se me a explicado y entiendo su contenido. Yo estoy de acuerdo con todos los terminos y condiciones establecidos anteriormente.

---

Firma del Paciente

Fecha

---

Firma del Representante Autorizado & Relacion (si el paciente no puede firmar)

Fecha