

CONDITIONS OF ADMISSION TO VAIL VALLEY MEDICAL CENTER CONDICIONES DE ADMISION A VAIL VALLEY MEDICAL CENTER

LOCALIDAD

Vail Valley Medical Center Other: _____

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICO, QUIRURGICO:

El abajo firmante consiente a los procedimientos, que pudieran ser efectuados durante esta hospitalización o como paciente ambulatorio, incluyendo tratamiento de emergencias o servicios, y que pudieran incluir, pero no están limitados a procedimientos de laboratorio, examinación de rayos x, rehabilitación, tratamiento médico o quirúrgico, anestesia, transfusión o servicios de hospital prestados al paciente bajo instrucción general o especial por el médico o psiquiatra del paciente.

IRSE EN CONTRA DE CONSEJO MEDICO: Si elijo dejar la facilidad de cuidado de la salud en contra o sin consentimiento de mi médico, por este medio, libero al médico y a la facilidad de cuidado de la salud, y sus agentes y empleados de toda responsabilidad por cualquier efecto de enfermedad que pudiera ocurrir.

CUIDADO DE ENFERMERIA: El hospital provee cuidado de enfermería, a menos que, bajo las órdenes del médico que atiende o cirujano, el paciente sea provisto con cuidado de enfermería más intensivo

RELACION LEGAL ENTRE EL HOSPITAL, MEDICOS, CIRUJANOS, PODIATRAS, RESIDENTES Y ESTUDIANTES: Usted está bajo el cuidado y supervisión del médico, podiatra, o dentista que lo atiende y es la responsabilidad del hospital y el personal de enfermería seguir las instrucciones de dicho médico, podiatra o dentista. Ciertos aspectos de su cuidado podrán hacerlo estudiantes/residentes bajo supervisión del médico que atiende, no el hospital, y están desarrollando su educación médica de graduado. Si usted se rehúsa a que cualquier aspecto de su cuidado sea hecho por un estudiante/residente, debe efectuar dicha objeción e informar inmediatamente al médico que lo atiende. Ausencia de dicha objeción, se considerara que ha consentido a la participación en su cuidado de dicho estudiantes/residente(s). Ciertos aspectos de su cuidado pueden ser efectuados por uno más médicos que son "empleados públicos", tal como se define ese término en el Acta de Inmunidad del Gobierno de Colorado, C.R.S 24-10-101, et seq.. Como tal, su responsabilidad por reclamos que usted pudiera hacer relacionado con el cuidado que le proveen pudiera está limitado por los términos del Acta de Inmunidad del Gobierno, usted debe hacer conocer dicha objeción inmediatamente al médico que la atiende. Ausencia de dicha objeción, se considerara que ha consentido a la participación de dichos médicos en su cuidado. Es responsabilidad del médico, podiatra o dentista del paciente, el obtener consentimiento informado, cuando se requiera, a tratamiento médico o quirúrgico, diagnostico especial o procedimientos terapéuticos, o servicios del hospital efectuados a usted bajo instrucción general y especial del médico, podiatra o dentista. Cualquier pregunta concerniente a la naturaleza de los resultados de cualquier examinación o tratamiento deberá ser dirigido al médico, podiatra o dentista que lo atienda.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR: Se entiende y acuerda que el hospital tiene una caja fuerte para resguardar objetos de valor y dinero, y que el hospital no será responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, joyas, documentos u otros artículos de valor inusual y de pequeño tamaño, a menos que se guarden ahí. Además, el hospital no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal, a menos que se haya depositado en el hospital para salvaguardar.

DESGLOSE DE INFORMACION: Bajo pedido y hasta donde la ley lo permita, el hospital puede hacer disponible al público cierta información básica sobre el paciente, incluyendo nombre, descripción general de la razón por tratamiento y condición general. Si el representante del paciente no quiera que dicha información sea publicada, él/ella, deberán efectuar el pedido por escrito. El paciente o el representante pueden hacer una presentación escrita al hospital con este propósito. La información será publicada de acuerdo a la Nota de Prácticas de Privacidad del Centro Medico del Valle de Vail. La Nota de Practicas de Privacidad está disponible para cada paciente al momento del servicio prestado. Usted puede solicitar una copia de Nota de Privacidad y se le entregara una.

Su nombre y la localidad del hospital estara listado en el directorio del hospital a menos que usted nos indique que no quiere estar listado en el directorio. si no quiere estar listado, por favor inicie aquí _____



CONDITIONS OF ADMISSION TO VAIL VALLEY MEDICAL CENTER CONDICIONES DE ADMISION VAIL VALLEY MEDICAL CENTER

El abajo firmante acuerda que, hasta el punto necesario para determinar responsabilidad por pago y obtener reembolso, el hospital puede desglosar porciones del archivo del paciente, incluyendo su archivo médico, a cualquier persona o entidad que sea o pudiera ser responsable por todos o una porción de los cargos del hospital, incluyendo, pero no limitado a agencias del gobierno (ej.: Medicare, Medicaid), compañías de seguros, planes de servicios de cuidado de la salud, o agencias de compensación de trabajadores. El abajo firmante autoriza al hospital a obtener historial pasado de prescripciones. Se necesita permiso especial para desglosar información cuando el paciente es tratado por alcohol o abuso de drogas.

FOTOGRAFIAR/FILMAR: Puede llevarse a cabo fotografía/filmación o grabación durante su hospitalización para propósitos internos (ej.: educación, mejora de desempeño, etc.) Se le pedirá que firma un consentimiento por separado, específico para cualquier fotografía, filmación y/o grabación que será visto o escuchado por el público (ej.: mercadeo, filmación comercial, panfletos, etc.) el cual incluirá el propósito del uso de las fotografías, filmación o grabación.

ACUERDO FINANCIERO: El abajo firmante acuerda, sea que firma como agente o como paciente, que en consideración de los servicios prestados al paciente, él/ella por este medio se obliga a pagar la cuenta del hospital de acuerdo con las tarifas regulares y los términos del hospital. Si la cuenta se derivara a un abogado o agencia de colección, el abajo firmante pagara todos los honorarios del abogado y expensas de colección. Todas las cuentas delincuentes tendrán un interés, al más alto permitido por ley. Se entiende que la responsabilidad financiera por servicios prestados no cubiertos por el seguro, o elegidos por el paciente, pueden ser facturados al abajo firmante y el abajo firmante acuerda aceptar la responsabilidad financiera por dichos servicios.

ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO: El abajo firmante autoriza, sea que firma como agente o como paciente, pago directo al hospital de cualquier seguro u otro beneficio aplicable (ej.: Medicare, Medicaid) pagaderos a, o en nombre del abajo firmante por la hospitalización o servicios ambulatorios, incluyendo servicios de emergencia si fueran prestados. Se acuerda que el pago al hospital, de acuerdo con la autorización, por la compañía de seguro descargara dicha compañía de seguro de cualquier y toda responsabilidad bajo la póliza al punto de dicho pago. Cualquier pre certificación de beneficios de seguro es exclusiva responsabilidad del paciente. El abajo firmante autoriza pago de beneficios de Medicare/Medicaid a ser efectuado en nombre del paciente por los servicios prestados por o en el Centro Medico del Valle de Vail, incluyendo cargos por aquellos médicos por los que el Centro Medico del Valle de Vail está autorizado a facturar en conexión con sus servicios.

AUTORIZACION DE DESGLOSE DE INFORMACION: Por este medio autorizo el desglose de información del archivo médico del paciente que pudieran ser necesario para el reembolso o pago de cualquier y todo servicio involucrado en mi cuidado en el Centro Medico del Valle de Vail.

El abajo firmante certifica que él/ella ha leído lo anteriormente expresado, recibido una copia, y es el paciente, representante legal del paciente, o está autorizado por el paciente como el agente general del paciente a ejecutar este documento y aceptar y acordar con sus términos.

Paciente/Padre/Tutor/Conservador/Agente _____ **Fecha:** _____

Si es otro que el paciente, indique relación: _____ **Fecha:** _____

Acuerdo de responsabilidad financiera por otra persona que el paciente o el representante legal del paciente.

Acepto toda responsabilidad financiera por los servicios prestados y aceptar el termino Acuerdo Financiero, Asignación de Beneficios de Seguro, y el Plan de Obligación de Servicio de Cuidado de la Salud arriba mencionados

Recepción del paciente del Acta de Derechos

Recepción del paciente de Directivas Avanzadas

Parte Responsable Financiera



Recepción del paciente de la Nota de Practicas de Privacidad