



0541 B

1. Consentimiento para Procedimientos Médicos y Quirúrgicos:

El(la) suscrito(a) da su consentimiento a los procedimientos que puedan realizarse durante esta hospitalización o como paciente externo, incluyendo tratamiento o servicios de emergencia, los cuales pueden incluir, pero no están limitados a, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia, o servicios de hospital ofrecidos a(l)(la) paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico de(l)(la) paciente.

2. Programa de Enseñanza:

Se entiende que Loma Linda University Medical Center (LLUMC) es una institución de enseñanza y los pacientes participan en programas de instrucción médica.

3. Cuidado de Enfermería:

LLUMC solo ofrece cuidado de enfermería de servicio general a menos que, por razones del médico de(l)(la) paciente a(l)(la) paciente se le proporcione un cuidado de enfermería más intensivo. Si la condición de(l)(la) paciente es tal que sea necesario el servicio de una enfermera de servicio especial, se acepta que estos preparativos deben ser hechos por el(la) paciente o su representante legal. LLUMC de ninguna manera será responsable de proporcionar los mismos y por medio de este documento queda liberado de cualquier y toda responsabilidad que surja del hecho de que a(l)(la) paciente no se le proporcione dicho cuidado adicional.

4. Los Médicos son Contratistas Independientes:

Todos los médicos que proporcionan servicios a(l)(la) paciente, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo, y personas semejantes son contratistas independientes y no son empleados o agentes de LLUMC. Estos médicos enviarán las facturas de sus servicios por separado. **Iniciales de(l)(la) Paciente:** _____

El(la) paciente está bajo el cuidado y supervisión del médico que lo(la) atiende y LLUMC así como su personal de enfermería tienen la responsabilidad de llevar a cabo las instrucciones de dicho médico. El médico de(l)(la) paciente tiene la responsabilidad de obtener el consentimiento bien informado, cuando se requiere, para recibir tratamiento médico o quirúrgico, diagnóstico especial o procedimientos terapéuticos, o servicios de hospital ofrecidos a(l)(la) paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico.

5. Artículos Personales:

Se entiende y se acepta que LLUMC mantiene una caja de seguridad para guardar dinero u objetos de valor en un lugar seguro. LLUMC no será responsable de la pérdida o daño de cualquier dinero y/u objetos de valor a menos que se entreguen a LLUMC para guardarlos en un lugar seguro. La caja de seguridad de LLUMC no está disponible para los pacientes que reciban servicios de paciente externo.

6. Acuerdo Económico:

El(la) suscrito(a) acepta, ya sea que él/ella firme como agente o paciente, que en consideración de los servicios que van a ofrecerse a(l)(la) paciente, él/ella por medio de este documento se compromete a pagar la cuenta de LLUMC de acuerdo con las tarifas y términos regulares de LLUMC. Si la cuenta llegara a enviarse a un abogado o agencia de cobro para cobranza, el(la) suscrito(a) pagará los verdaderos honorarios y costos de abogado y/o gastos de cobranza. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal.

7. Autorización de(l)(la) Paciente para que una Agencia del Orden Público Revele Información

Yo autorizo a LLUMC, para que inspeccione y/o reciba copias de reportes de agencias del orden público relacionados con o que surjan de mi accidente o lesión los cuales ocasionen que yo sea admitido(a) o reciba tratamiento en LLUMC.



LOMA LINDA UNIVERSITY

MEDICAL CENTER

CONDITIONS OF TREATMENT

Original – Medical Records

Copy – Patient

19-0541 (1-08)

PATIENT IDENTIFICATION

Name:

Birthdate:

Medical Record #:

8. Asignación de los Beneficios de Seguro:

El suscrito autoriza, ya sea que él/ella firme como agente o paciente, el pago directo a LLUMC de cualquier beneficio de seguro de otra manera pagadero a, o a nombre de(l)(la) paciente, para esta hospitalización o para estos servicios de paciente externo, incluyendo servicios de emergencia si se proporcionan, a una tarifa que no sobrepase de los cargos verdaderos de LLUMC. Se ha acordado que el pago a LLUMC, de acuerdo con esta autorización, por parte de una compañía de seguros/pagador tercero liberará a dicha compañía de seguros/pagador tercero de cualquier y toda obligación bajo una póliza hasta el límite de dicho pago. El suscrito entiende que él/ella tiene la responsabilidad económica de los cargos no pagados de acuerdo con esta asignación. Para los Beneficiarios de Medicare, el suscrito certifica que la información aquí proporcionada para solicitar el pago según el Título XVIII del Decreto del Seguro Social es correcta.

9. Obligación del Plan Medico:

LLUMC mantiene una lista de planes médicos con los cuales tiene contratos. Existe una lista de dichos planes disponible previa solicitud. LLUMC no tiene un contrato, expreso o implícito, con ningún plan que no aparezca en la lista. El suscrito acepta que él/ella tiene la obligación personal de pagar todos los cargos de todos los servicios que LLUMC le ha prestado si él/ella pertenece a un plan que no aparezca en la lista anteriormente mencionada.

10. Tratamiento Confidencial de Todas las Comunicaciones/Información de los Expedientes Médicos e Información de Facturas

Se entiende y se ha acordado que todas las comunicaciones y expedientes relacionados con la atención médica y estancia en LLUMC de(l)(la) paciente se mantendrán confidenciales. El suscrito reconoce haber recibido por separado un “Aviso de Procedimientos de Privacidad” (“NPP”) que explica con detalle los derechos de(l)(la) paciente y como LLUMC puede usar y revelar toda la información de los expedientes médicos e información de facturas de acuerdo con el NPP

11. Estas Condiciones de Tratamiento serán válidas para todos los servicios de paciente interno y paciente externo presentes y futuros que LLUMC haya prestado a(l)(la) paciente y se mantendrá vigente hasta que sea revocado o reemplazado por escrito.

El suscrito certifica que él/ella ha leído lo anterior, recibido una copia del mismo, y es el(la) paciente, el representante legal de(l)(la) paciente, o está debidamente autorizado por el(la) paciente como agente general de(l)(la) paciente para legalizar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____
(paciente ! padre(madre) / albacea / tutor)

Si lo firma una persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Testigo: _____

Persona autorizada para recibir la información de facturas: _____

Acuerdo de Responsabilidad Económica de Otra Persona que no sea el(la) Paciente o el Representante Legal de(l)(la) Paciente

Estoy de acuerdo en aceptar responsabilidad económica por los servicios prestados a(l)(la) paciente y aceptar los términos del Acuerdo Económico, la Asignación de Beneficios de Seguro, y las disposiciones de la Obligación del Plan Médico anterior.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____
(parte económicamente responsable)

Testigo: _____



LOMA LINDA UNIVERSITY

MEDICAL CENTER

CONDITIONS OF TREATMENT

Original – Medical Records

Copy – Patient

19-0541 (1-08)

PATIENT IDENTIFICATION

Name: _____

Birthdate: _____

Medical Record #: _____