

- 7. **RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS DE ATENCIÓN POR BENEFICENCIA / PAGO CON DESCUENTO:** Comprendo que el hospital tiene disponible de un programa de atención médica por beneficencia y una política de descuentos. Si estoy interesado en más información o creo que puedo calificar, debo ponerme en contacto con los asesores financieros del hospital al teléfono (310) 829-8007.
- 8. **RELACIÓN JURÍDICA ENTRE EL HOSPITAL Y EL MÉDICO / CIRUJANO:** Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo y otras especialidades médicas, así como los asistentes de médicos y practicantes de enfermería que no estén empleados, que presten servicios al paciente, son contratistas independientes y no son empleados o representantes del hospital. Los médicos y cirujanos me facturarán de forma separada por sus servicios.

Iniciales del paciente: _____

Comprendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi cirujano o médico tratante, y es responsabilidad del hospital y su personal de enfermería seguir las instrucciones de mi médico o cirujano. Es responsabilidad de mi médico o cirujano la obtención de mi consentimiento informado, cuando sea requerido, para un tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos especiales, o servicios de hospital que se me hayan prestado conforme a las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano. Cualquier pregunta relacionada con la naturaleza o resultados de cualquier examen o tratamiento debe ser dirigida a mi cirujano o médico tratante.

- 9. **ACUERDO FINANCIERO:** Convengo, ya sea firmando como representante o como paciente, que en consideración de los servicios a ser prestados al paciente, me obligo individualmente por el presente a pagar la cuenta del hospital conforme a las tarifas y términos habituales del hospital. Comprendo que todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencia, anestesiólogo y otros, me facturarán de forma separada por sus servicios. Si alguna cuenta es remitida a un abogado o agencia de cobranzas para cobro, pagaré todos los honorarios de abogado y gastos de cobranzas incurridos. Las cuentas morosas devengarán un interés a la tasa más alta autorizada por la ley.

Iniciales del paciente: _____

- 10. **OBLIGACIÓN DE PLAN DE SALUD:** El hospital mantiene una lista de planes de salud con los cuales ha contratado. Una lista de tales planes se encuentra disponible, previa solicitud, en la oficina financiera. El hospital no tiene ningún contrato, ya sea expreso o implícito, con ningún plan que no aparezca en la lista. Convengo, ya sea firmando como representante o como paciente, que estoy obligado individualmente a pagar el costo completo por todos los servicios prestados al paciente por el hospital, si ni el paciente ni yo pertenecemos a un plan que no aparece en la lista mencionada. Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencia, anestesiólogo y otros, me facturarán de forma separada por sus servicios. Es mi responsabilidad determinar si los médicos que prestan servicios al paciente contratan con el plan de salud del paciente, si lo hubiere.

11. HE RECIBIDO:

- ___ Guía de información para el paciente Tengo instrucciones anticipadas Yes No
- ___ Mensaje importante de Medicare Entrego copia hoy Yes No
- ___ Información sobre abandono del hábito de fumar
- ___ Otro

Certifico que he leído todo lo anterior, he recibido una copia de este documento y que soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como el representante general del paciente para firmar este documento y aceptar y acordar sus términos.

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm Firma: _____
(Paciente/Padre/Tutor/Curador/Representante)

Si es firmado por alguien distinto al paciente, indicar la relación: _____ Testigo: _____

Acuerdo de responsabilidad financiera de una persona que no es el paciente o el representante legal del paciente:

Acuerdo aceptar toda la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y acepto los términos de las disposiciones del acuerdo financiero, asignación de beneficios de seguro y obligación de plan de salud enumeradas anteriormente.

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm Firma: _____
(Parte responsable financieramente)

Si es firmado por alguien distinto al paciente, indicar la relación: _____ Testigo: _____

SE DEBE ENTREGAR UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE Y A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE FIRMA ESTE DOCUMENTO.

ADDRESSOGRAPH



SANTA MONICA, CA 90404

CONDICIONES DE INGRESO A SAINT JOHN'S HEALTH CENTER

CONDICIONES DE INGRESO A SAINT JOHN'S HEALTH CENTER

1. **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS:** Doy mi consentimiento para los procedimientos que puedan ser realizados durante esta hospitalización o de forma ambulatoria, incluyendo tratamiento o servicios de emergencia, y que pueden incluir entre otros: procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, fotografías con propósitos relacionados con el diagnóstico o tratamiento o para las operaciones del hospital, incluyendo la revisión por pares y los programas de capacitación y educativos realizados por el hospital, servicios de anestesia u hospital que se me hayan prestado conforme a las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente. Comprendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden implicar riesgos de lesión o incluso de muerte. Reconozco que no se ha otorgado ninguna garantía respecto al resultado de exámenes o tratamientos realizados en este hospital.
2. **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** El hospital suministra únicamente servicio de atención de enfermería general, pero, en caso de ordenarlo mi cirujano o médico tratante, se me podrá proporcionar atención de enfermería más intensiva. Si mi condición es tal que necesite el servicio de un/a enfermero/a particular especial, se conviene que el mismo debe ser concertado por mí o mi representante. El hospital no será responsable de ningún modo por no haber proporcionado el mismo y por el presente es eximido de cualquier y toda responsabilidad que surja del hecho de que no se me haya proporcionado tal atención adicional.
3. **PACIENTES DE MATERNIDAD:** Si yo doy a luz uno o más bebés mientras soy paciente de este hospital, acuerdo que estas mismas condiciones de ingreso serán aplicadas al bebé o los bebés.
4. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Previa consulta autorizada y en la medida en que lo permita la ley, el hospital podrá poner a disposición del público determinada información básica sobre mi persona, incluyendo nombre, número de habitación del paciente (si he sido hospitalizado) y una declaración general de condición (es decir, crítica, estable, regular, etc.). Si ni yo ni mi representante queremos que tal información sea divulgada, cualquiera de los dos debe presentar una solicitud por escrito para que tal información sea retenida. Ya sea mi representante o yo debemos solicitar y obtener un formulario separado del hospital a estos efectos. El hospital no divulgará información, que no sea información básica, sin mi consentimiento y autorización por escrito para divulgar tal información, excepto en aquellas circunstancias en las cuales la ley le permite o requiere al hospital que divulgue tal información sin mi consentimiento o autorización. Estoy de acuerdo con la divulgación de dicha información con propósitos de investigación o enseñanza, según lo autorice la ley. Estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier estudio de diagnóstico por imágenes al personal y médicos de Santa Monica Wilshire Imaging, LLC y Tower Imaging Medical Group, LLC en lo mínimamente necesario para la continuidad de la atención. Acuerdo que, en la medida en que sea necesario para determinar la responsabilidad de pago y obtener el reembolso, y únicamente según lo permita o requiera la ley, el hospital podrá divulgar partes de mis registros, incluyendo mi información financiera y médica, a cualquier persona u organismo que sea o pueda ser responsable de todo o parte de mis gastos de hospital, incluyendo entre otros, los organismos del gobierno (por ejemplo, Medicare), compañías de seguros, planes de servicio de atención de la salud o aseguradoras de compensación por accidentes de trabajo.
[Diversas leyes requieren que el hospital informe a organismos de salud del gobierno determinados casos de enfermedades infecciosas, cáncer y otros diagnósticos y observaciones médicas específicas sin necesidad de obtener el consentimiento del paciente. Por favor remítase al aviso de políticas de privacidad del hospital para más información.]
5. **OBJETOS PERSONALES:** Como paciente, se me recomienda dejar mis artículos personales en casa. Se entiende y acuerda que el hospital tiene una caja fuerte a prueba de fuego para guardar dinero y objetos de valor, y que el hospital no será responsable por la pérdida o daño de ningún dinero, joyas, documentos u otros artículos de pequeño tamaño y valor inusual, a menos que hayan sido colocados dentro de la misma. Además, el hospital no será responsable por la pérdida o daño de cualquier otra propiedad personal, a menos que haya sido entregada al hospital para su custodia. La responsabilidad del hospital por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal en custodia por el hospital está limitada por las disposiciones legales a quinientos dólares (\$500.00).
6. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Asigno y autorizo el pago directo al hospital de cualquier seguro u otro beneficio aplicable (ej.: Medicare) que sean pagaderos de otro modo de mi parte o en mi representación o en representación del paciente, por esta hospitalización o por estos servicios ambulatorios, incluyendo los servicios de emergencia de ser prestados. Se acuerda que el pago al hospital, conforme a esta autorización, por parte una compañía de seguros eximirá a dicha compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones conformes a una póliza hasta el monto de tal pago. Asimismo comprendo que soy responsable financieramente por los gastos no cobrados por esta asignación a menos que se haya prohibido de otro modo por un contrato escrito o ley aplicable.

- 7. **RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS DE ATENCIÓN POR BENEFICENCIA / PAGO CON DESCUENTO:** Comprendo que el hospital tiene disponible de un programa de atención médica por beneficencia y una política de descuentos. Si estoy interesado en más información o creo que puedo calificar, debo ponerme en contacto con los asesores financieros del hospital al teléfono (310) 829-8007.
- 8. **RELACIÓN JURÍDICA ENTRE EL HOSPITAL Y EL MÉDICO / CIRUJANO:** Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo y otras especialidades médicas, así como los asistentes de médicos y practicantes de enfermería que no estén empleados, que presten servicios al paciente, son contratistas independientes y no son empleados o representantes del hospital. Los médicos y cirujanos me facturarán de forma separada por sus servicios.

Iniciales del paciente: _____

Comprendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi cirujano o médico tratante, y es responsabilidad del hospital y su personal de enfermería seguir las instrucciones de mi médico o cirujano. Es responsabilidad de mi médico o cirujano la obtención de mi consentimiento informado, cuando sea requerido, para un tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos especiales, o servicios de hospital que se me hayan prestado conforme a las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano. Cualquier pregunta relacionada con la naturaleza o resultados de cualquier examen o tratamiento debe ser dirigida a mi cirujano o médico tratante.

- 9. **ACUERDO FINANCIERO:** Convengo, ya sea firmando como representante o como paciente, que en consideración de los servicios a ser prestados al paciente, me obligo individualmente por el presente a pagar la cuenta del hospital conforme a las tarifas y términos habituales del hospital. Comprendo que todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencia, anestesiólogo y otros, me facturarán de forma separada por sus servicios. Si alguna cuenta es remitida a un abogado o agencia de cobranzas para cobro, pagaré todos los honorarios de abogado y gastos de cobranzas incurridos. Las cuentas morosas devengarán un interés a la tasa más alta autorizada por la ley.

Iniciales del paciente: _____

- 10. **OBLIGACIÓN DE PLAN DE SALUD:** El hospital mantiene una lista de planes de salud con los cuales ha contratado. Una lista de tales planes se encuentra disponible, previa solicitud, en la oficina financiera. El hospital no tiene ningún contrato, ya sea expreso o implícito, con ningún plan que no aparezca en la lista. Convengo, ya sea firmando como representante o como paciente, que estoy obligado individualmente a pagar el costo completo por todos los servicios prestados al paciente por el hospital, si ni el paciente ni yo pertenecemos a un plan que no aparece en la lista mencionada. Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencia, anestesiólogo y otros, me facturarán de forma separada por sus servicios. Es mi responsabilidad determinar si los médicos que prestan servicios al paciente contratan con el plan de salud del paciente, si lo hubiere.

11. HE RECIBIDO:

- ___ Guía de información para el paciente
 - ___ Mensaje importante de Medicare
 - ___ Información sobre abandono del hábito de fumar
 - ___ Otro
- Tengo instrucciones anticipadas Yes No
Entrego copia hoy Yes No

Certifico que he leído todo lo anterior, he recibido una copia de este documento y que soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como el representante general del paciente para firmar este documento y aceptar y acordar sus términos.

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm Firma: _____
(Paciente/Padre/Tutor/Curador/Representante)

Si es firmado por alguien distinto al paciente, indicar la relación: _____ Testigo: _____

Acuerdo de responsabilidad financiera de una persona que no es el paciente o el representante legal del paciente:

Acuerdo aceptar toda la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y acepto los términos de las disposiciones del acuerdo financiero, asignación de beneficios de seguro y obligación de plan de salud enumeradas anteriormente.

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm Firma: _____
(Parte responsable financieramente)

Si es firmado por alguien distinto al paciente, indicar la relación: _____ Testigo: _____

SE DEBE ENTREGAR UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE Y A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE FIRMA ESTE DOCUMENTO.

ADDRESSOGRAPH



SANTA MONICA, CA 90404

CONDICIONES DE INGRESO A SAINT JOHN'S HEALTH CENTER

CONDICIONES DE INGRESO A SAINT JOHN'S HEALTH CENTER

1. **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS:** Doy mi consentimiento para los procedimientos que puedan ser realizados durante esta hospitalización o de forma ambulatoria, incluyendo tratamiento o servicios de emergencia, y que pueden incluir entre otros: procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, fotografías con propósitos relacionados con el diagnóstico o tratamiento o para las operaciones del hospital, incluyendo la revisión por pares y los programas de capacitación y educativos realizados por el hospital, servicios de anestesia u hospital que se me hayan prestado conforme a las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente. Comprendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden implicar riesgos de lesión o incluso de muerte. Reconozco que no se ha otorgado ninguna garantía respecto al resultado de exámenes o tratamientos realizados en este hospital.
2. **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** El hospital suministra únicamente servicio de atención de enfermería general, pero, en caso de ordenarlo mi cirujano o médico tratante, se me podrá proporcionar atención de enfermería más intensiva. Si mi condición es tal que necesite el servicio de un/a enfermero/a particular especial, se conviene que el mismo debe ser concertado por mí o mi representante. El hospital no será responsable de ningún modo por no haber proporcionado el mismo y por el presente es eximido de cualquier y toda responsabilidad que surja del hecho de que no se me haya proporcionado tal atención adicional.
3. **PACIENTES DE MATERNIDAD:** Si yo doy a luz uno o más bebés mientras soy paciente de este hospital, acuerdo que estas mismas condiciones de ingreso serán aplicadas al bebé o los bebés.
4. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Previa consulta autorizada y en la medida en que lo permita la ley, el hospital podrá poner a disposición del público determinada información básica sobre mi persona, incluyendo nombre, número de habitación del paciente (si he sido hospitalizado) y una declaración general de condición (es decir, crítica, estable, regular, etc.). Si ni yo ni mi representante queremos que tal información sea divulgada, cualquiera de los dos debe presentar una solicitud por escrito para que tal información sea retenida. Ya sea mi representante o yo debemos solicitar y obtener un formulario separado del hospital a estos efectos. El hospital no divulgará información, que no sea información básica, sin mi consentimiento y autorización por escrito para divulgar tal información, excepto en aquellas circunstancias en las cuales la ley le permite o requiere al hospital que divulgue tal información sin mi consentimiento o autorización. Estoy de acuerdo con la divulgación de dicha información con propósitos de investigación o enseñanza, según lo autorice la ley. Estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier estudio de diagnóstico por imágenes al personal y médicos de Santa Monica Wilshire Imaging, LLC y Tower Imaging Medical Group, LLC en lo mínimamente necesario para la continuidad de la atención. Acuerdo que, en la medida en que sea necesario para determinar la responsabilidad de pago y obtener el reembolso, y únicamente según lo permita o requiera la ley, el hospital podrá divulgar partes de mis registros, incluyendo mi información financiera y médica, a cualquier persona u organismo que sea o pueda ser responsable de todo o parte de mis gastos de hospital, incluyendo entre otros, los organismos del gobierno (por ejemplo, Medicare), compañías de seguros, planes de servicio de atención de la salud o aseguradoras de compensación por accidentes de trabajo.
[Diversas leyes requieren que el hospital informe a organismos de salud del gobierno determinados casos de enfermedades infecciosas, cáncer y otros diagnósticos y observaciones médicas específicas sin necesidad de obtener el consentimiento del paciente. Por favor remítase al aviso de políticas de privacidad del hospital para más información.]
5. **OBJETOS PERSONALES:** Como paciente, se me recomienda dejar mis artículos personales en casa. Se entiende y acuerda que el hospital tiene una caja fuerte a prueba de fuego para guardar dinero y objetos de valor, y que el hospital no será responsable por la pérdida o daño de ningún dinero, joyas, documentos u otros artículos de pequeño tamaño y valor inusual, a menos que hayan sido colocados dentro de la misma. Además, el hospital no será responsable por la pérdida o daño de cualquier otra propiedad personal, a menos que haya sido entregada al hospital para su custodia. La responsabilidad del hospital por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal en custodia por el hospital está limitada por las disposiciones legales a quinientos dólares (\$500.00).
6. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Asigno y autorizo el pago directo al hospital de cualquier seguro u otro beneficio aplicable (ej.: Medicare) que sean pagaderos de otro modo de mi parte o en mi representación o en representación del paciente, por esta hospitalización o por estos servicios ambulatorios, incluyendo los servicios de emergencia de ser prestados. Se acuerda que el pago al hospital, conforme a esta autorización, por parte una compañía de seguros eximirá a dicha compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones conformes a una póliza hasta el monto de tal pago. Asimismo comprendo que soy responsable financieramente por los gastos no cobrados por esta asignación a menos que se haya prohibido de otro modo por un contrato escrito o ley aplicable.