

ACUERDO DE ADMISION

ADMISSION AGREEMENT

Si usted tiene algunas preguntas acerca de este documento o no entiende alguna parte de este, o necesita un intérprete, pregúntele a su médico o a otro proveedor de salud.

If you have any questions about this document or do not understand any portion of it, or need an interpreter, ask your physician or other health provider.

Nombre del paciente: _____

Name of Patient: _____

Nombre del (los) medico (s) principal (es): _____

Name of Attending Physician(s): _____

Fecha de admisión: _____ Hora: _____ (a.m.) (p.m.)

Date of Admission: _____ Time: _____ (a.m.) (p.m.)

Yo, _____ por la
(Nombre del paciente o del representante autorizado actuando en nombre del paciente)

presente consiento a la administración de dicho cuidado y tratamiento como el nombrado medico(s) principal (es) y otros médicos que pudiesen atenderme consideren que sea necesario y que pueda ser administrado o ejecutado por este establecimiento, sus miembros, empleados, agentes y estudiantes.

I, _____, hereby
(Name of patient or Name of authorized representative acting on behalf of patient)

consent to the rendering of such care and treatment as the named attending physician(s) and other physicians who may attend to me consider to be necessary and as may be administered or rendered by this facility, its staff, employees, agents and students.

Yo reconozco que el cuidado que recibo en este establecimiento está bajo la dirección de mi (s) medico (s). Este establecimiento no es responsable por las acciones o omisiones de mi (s) médico (s).

I acknowledge the care I receive while in the facility is under the direction of my physician(s). This facility is not responsible for the acts or omissions of my physician(s).

Yo entiendo que la práctica de medicina y cirugía no son una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden presentar riesgos de lesiones e incluso la muerte. Yo reconozco que no se me ha dado ninguna garantía del resultado de los exámenes o tratamientos en este establecimiento.

I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks of injury, or even death. I acknowledge that no guarantees have been made to me as to the result of examination or treatment in this facility.

Yo entiendo que muchos de los médicos empleados en este establecimiento, incluyendo el (los) medico(s) principal (es) mencionado(s) antes, podrían no ser empleados o agentes del establecimiento sino contratistas independientes a quienes se les ha dado permiso de usar el establecimiento para el cuidado y tratamiento de sus pacientes. Además yo comprendo que puede haber personal médico, de enfermería u otros cuidados de salud quienes, a no ser que se haya pedido de otro modo, pueden estar presentes durante el cuidado del paciente como parte de su educación. Fotografías, videos u otras imágenes electrónicas pueden ser usados con propósitos educacionales a no ser que el paciente expresamente lo pida de otro modo.

I understand that many of the physicians on the staff of this facility, including the attending physician(s) named above, may not be employees or agents of the facility, but, may be independent contractors who have been granted approval to use the facility for the care and treatment of their patients. Further, I realize that there may be medical, nursing and other health care personnel in training who, unless requested otherwise, may be present during patient care as a part of their education. Photographs, video or other electronic imaging may be used for educational purposes, unless a patient expressly requests otherwise.

DAR INFORMACION

RELEASE OF INFORMATION

Por la presente yo reconozco que este establecimiento y el medico que me atiende puede dar, por medios electrónicos u otros modos, cualesquiera información médica concerniente a mi cuidado, incluyendo copias de mis archivos médicos a los siguientes:

I hereby acknowledge that this facility and my treating physician may release, by electronic means or otherwise, any medical information concerning my care, including copies of my medical records, to the following:

qualquier profesional de salud que tenga que ver con mi cuidado con el objeto de facilitar la continuidad de mi cuidado medico

- any health professionals involved in my care for the purpose of facilitating the continuity of my medical care

qualquier persona o entidad responsable de, cualquier persona o entidad actuando como agente por, la persona responsable del pago, incluyendo terceras personas pagadoras, asegurados por sí mismos, portadores de compensación laboral y agencias gubernamentales, pago por los servicios médicos otorgados a mí en el establecimiento por sus empleados o cualquier persona que suministre servicios en el establecimiento o cualquier afiliado

- any person or entity responsible for, or any person or entity acting as agent for, the party responsible for payment, including third party payors, self-insurers, worker's compensation carriers and governmental agencies, payment for the medical services rendered to me at the facility by employees of the facility or any person providing services at the facility or any affiliate

cualesquier agencias federal, estatal o semi-gubernamental u otras tales personas requeridas por ley con el objeto de informar o de determinar la elegibilidad en los programas de auxilio patrocinados por el gobierno

- any federal, state or other governmental or quasi-governmental agencies or other such parties as required by law for purposes of reporting, or for purposes of determining eligibility in government sponsored benefit programs

qualquier persona o entidad que participe en estudios de calidad, revisión de utilización o estudios semejantes del cuidado suministrado por el establecimiento afiliados y/o sus médicos

- any person or entity participating in quality studies, utilization review or similar studies of the care rendered by the facility, affiliates and/or their physicians

el proveedor de cualquier sangre o productos sanguíneos que me pueden ser administrados con el propósito del control de calidad y observación del beneficiario

- the supplier of any blood or blood products which may administered to me for the purposes of quality control and recipient monitoring

cualquier cuidado continuo, residencial, establecimiento de larga duración, o agencia de salud en la casa, con el objeto de suministrar servicios para mi cuidado

- any continuing care, residential, or long-term facility, or home health agency for the purpose of providing services for my care

DERECHOS DEL PACIENTE

PATIENT RIGHTS

Yo reconozco que he recibido la información de los derechos del paciente explicando mis derechos como paciente de este establecimiento.

I acknowledge receipt of the patient rights information explaining my rights as a patient of this facility.

DIRECTIVAS AVANZADAS

ADVANCE DIRECTIVES

Yo reconozco que me han preguntado si yo tengo una directiva avanzada y que he sido informado de mis derechos para hacer decisiones médicas, mis derechos para hacer una directiva avanzada conforme a las leyes del estado, las regulaciones del establecimiento que se refieren a respetar la directiva avanzada y mis derechos de no ser discriminado con base en tener o no una directiva avanzada.

I acknowledge that I have been asked if I have an advance directive and have been informed of my right to make medical decisions, my right to make an advance directive pursuant to state law, the facility's policy concerning honoring advance directives and my right not to be discriminated against based on whether I have an advance directive.

Patient
initials

OBJETOS DE VALOR/RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

VALUABLES/PATIENT RESPONSIBILITY

He sido aconsejado que deje objetos de valor en la casa (o que los deposite en la caja de seguridad del establecimiento) durante la hospitalización. Si yo decido no hacerlo así, yo asumo toda responsabilidad por la pérdida de, o daño a cualquier propiedad personal incluyendo dinero, tarjetas de crédito, ropa, joyas, anteojos/lentes de contacto, prótesis dentales, aparatos auditivos, documentos, maletas u otros artículos durante mi estada.

I have been advised to leave valuables at home (or deposit valuables in the facility's safe) during hospitalization. Should I choose not to do so, I assume all responsibility for the loss of, or damage to, any personal property including money, credit cards, clothing, jewelry, glasses/contacts, dental devices, hearing aids, documents, luggage or any other items during my stay.

PAGO POR CUIDADO MEDICO Y RELACIONADO

PAYMENT FOR MEDICAL AND RELATED CARE

Yo estoy de acuerdo a pagar al establecimiento y los médicos por todos los servicios suministrados en este establecimiento. Varios médicos prestando servicios al paciente son contratistas independientes y no son empleados o agentes de este establecimiento. Consecuentemente, yo entiendo que puedo recibir una cuenta separada por sus servicios. Si los requisitos de referencias, segundas opiniones o certificación de tratamiento por anticipado como requeridos por la compañía de seguros no han sido efectuados, yo como paciente y/o fiador, podría en algunos casos ser responsable personalmente por todos los gastos incurridos.

I agree to pay the facility and physicians for all services rendered at this facility. Many physicians furnishing services to the patient are independent contractors and are not employees or agents of this facility. Consequently, I understand that I may receive a separate bill for their services. If the requirements for referral, second opinion or pre-certification of care as outlined by my insurer, benefit plan or other payor, have not been followed, I, as patient and/or guarantor, may in some instances be personally responsible for all charges incurred.

ASIGNACION DE BENEFICIOS

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Yo por la presente autorizo y cedo pago a este establecimiento de cualquier tipo de reembolso o pago adeudado de Medicare, Medicaid o cualquier otra tercera persona

Witness' Signature

Date/Time
Date/Time

Second Witness' Signature
(If Oral/Telephone/Patient Mark)

Firma del Fiador

Fecha Por favor ponga su nombre en
Letra de imprenta

Signature of Guarantor

Date

Please Print Name