

## Parte I

En este documento, **“Paciente”** significa la persona que recibe el tratamiento. **“Representante del paciente”** significa cualquier persona que actúa en nombre del Paciente y firma como representante de este. El uso de las palabras **“yo”, “usted”, “su”, o “mi”** podrán referirse en el contexto tanto al Paciente como al Representante del paciente. Con respecto a las obligaciones financieras, **“yo” o “mi”** también podrán, según el contexto, significar el fiador financiero, el **“Fiador”**. **“Sistema”** significa Southern Monterey County Memorial Hospital, que opera bajo el nombre de Mee Memorial Healthcare System, y podrá incluir a profesionales de la salud del personal del hospital y/o médicos del hospital contratados por el hospital. Estos podrán incluir, de manera enunciativa: Médicos del departamento de emergencias, patólogos, radiólogos, anestesiólogos, hospitalistas, y algunos otros médicos independientes certificados y cualquier agente, contratista, afiliado, sucesor, o cesionario autorizado que actúe en su nombre.

**El hospital proporcionará un examen médico, según sea necesario, a todos los Pacientes que soliciten servicios médicos para determinar si existe una enfermedad de emergencia, sin tener en cuenta la capacidad de pago del Paciente.**

**1. Relación jurídica entre el hospital y los médicos.** Todos los médicos, cirujanos, radiólogos, patólogos, médicos de urgencias, anestesiólogos y demás que me presten sus servicios no son empleados, representantes o agentes del Hospital. Se les ha concedido el privilegio de utilizar el Hospital para la atención y el tratamiento de sus pacientes, pero no son empleados, representantes o agentes del Hospital. Son profesionales independientes.

Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión del médico que me atiende. El hospital y su personal de enfermería son responsables de seguir las indicaciones de mi médico. Mi médico o cirujano es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para el tratamiento médico o quirúrgico, para los procedimientos especiales diagnósticos o terapéuticos, o para los servicios hospitalarios que se me proporcionen de acuerdo con las instrucciones generales y específicas de mi médico.

**Iniciales del Paciente:** \_\_\_\_\_

**2. Consentimiento para recibir tratamiento.** Otorgo mi consentimiento para recibir los procedimientos que podrán realizarse durante esta hospitalización o durante un episodio de atención ambulatoria, lo que incluye de manera enunciativa, los tratamientos o servicios de emergencia, los procedimientos de laboratorio, radiografías, procedimientos diagnósticos, tratamientos o procedimientos médicos, de enfermería o quirúrgicos, anestesia o servicios hospitalarios que se me proporcionen de acuerdo con las instrucciones generales o específicas del proveedor. Otorgo mi consentimiento para que se permita a estudiantes, como parte de su formación en atención médica, participar en la prestación de los servicios de atención médica y tratamientos que reciba o actuar como observadores mientras recibo atención médica y tratamientos en el Hospital, y que estos estudiantes sean supervisados por instructores y/o personal del hospital. Además, otorgo mi consentimiento para que el hospital realice pruebas de enfermedades infecciosas de transmisión

Page 1 of 11

hemática, lo que incluye, entre otras, las pruebas de detección de hepatitis, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (“SIDA”) y el virus de inmunodeficiencia humana (“VIH”), si un médico ordena estas pruebas o si se exige en el protocolo. Entiendo que los posibles efectos secundarios y complicaciones de esta prueba son generalmente leves y son similares a la toma rutinaria de muestras de sangre, que incluye la molestia por el pinchazo de la aguja y/o un leve ardor, sangrado o dolor en el lugar de la punción. Los resultados de esta prueba formarán parte de mi historia clínica confidencial.

**3. Servicios de interpretación.** Los intérpretes orales y de lenguaje de señas, los TTY / TDD, los dispositivos de asistencia auditiva diseñados y / u otras ayudas y servicios auxiliares están disponibles sin cargo para los pacientes y acompañantes que los necesiten para una comunicación eficaz. Para obtener ayuda, póngase en contacto con cualquier miembro de personal de la institución.

**4. Consentimiento para tomar o grabar fotografías, vídeos y audios.** Doy mi consentimiento para que se graben fotografías, cintas de video, grabaciones digitales o de audio, y/o imágenes mías para tratamiento y/o operaciones de atención médica del hospital y/o con fines de seguridad y/o para la mejora de la calidad del hospital y/o las actividades de gestión de riesgos. Entiendo que la instalación conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Entiendo que las imágenes de dicha fotografía pueden usarse para mi tratamiento o para las operaciones de atención médica del hospital. Se me permitirá solicitar acceso o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente factible, a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones se almacenarán y protegerán de forma segura. Las imágenes y/o grabaciones en las que esté identificado no se divulgarán ni utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mí o de mi representante legal, a menos que la ley exija lo contrario.

---

**Firma del paciente o del Representante del paciente**

**Fecha/Hora**

1. **Servicios de Telesalud.** George L. Mee Memorial Hospital ("Hospital") permite a los pacientes asistir a citas y consultar con proveedores a través de videoconferencia en línea. Estos servicios se conocen como "Telehealth" y se ofrecen a través de WebRTC.
2. **Fundamentos de la telesalud.**
  - a. La telesalud es el uso de las comunicaciones electrónicas para proporcionar y prestar servicios de atención médica a grandes y pequeñas distancias e incluye una variedad de actividades de atención de la salud y promoción de la salud, incluyendo educación, asesoramiento, recordatorios, consultas, tratamiento, intervenciones y monitoreo de intervenciones.
  - b. La telesalud incluye una interacción en tiempo real entre un paciente y un proveedor a través de videoconferencias en vivo.
  - c. Su información de salud personal será compartida con el proveedor. Esta información de salud personal puede incluir su historial médico y de salud, la información que usted proporciona al proveedor y audio y video bidireccionales en vivo.
3. **Beneficios de la Telesalud.** Telehealth proporciona muchos beneficios potenciales, incluyendo un mayor acceso a la atención médica y especialistas y la conveniencia de acceder a los proveedores desde su propia computadora.
4. **Riesgos de la telesalud.** Todos los servicios de salud incluyen riesgos potenciales, y esto no es diferente en Telesalud. Los riesgos potenciales asociados con Telehealth incluyen, entre otros, los siguientes:
  - a. Fiabilidad o integridad de la tecnología. Existe la posibilidad de que la información transmitida por videoconferencia sea insuficiente para permitir que el proveedor tome las decisiones médicas apropiadas con respecto a su tratamiento. También puede haber retrasos en su tratamiento o evaluación debido a fallas tecnológicas o de equipos.
  - b. Acceso limitado a la información. Es posible que el proveedor no tenga acceso a su expediente médico completo. Esto puede resultar en interacciones adversas de drogas, reacciones alérgicas, u otros errores de juicio debido a la falta de información.
  - c. Seguridad de los sistemas informáticos. Hemos tomado medidas para salvaguardar nuestra red y software con el fin de proteger su información, pero en raras circunstancias estas salvaguardias pueden fallar, causando el incumplimiento de su información personal y de salud.
5. **Alternativas a la telesalud.** Los servicios de telesalud están destinados a complementar, y no reemplazar, las consultas en persona con sus proveedores de atención médica. Usted debe continuar manteniendo una relación con su médico de atención primaria. Usted debe buscar ayuda de emergencia o atención de seguimiento cuando lo recomiende un proveedor o cuando sea necesario. Un Proveedor de Telesalud puede derivarlo a una consulta en persona si lo consideran necesario.

6. **Privacidad de la Telesalud.** El Hospital está obligado a cumplir con todas las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad de la atención médica con respecto a la seguridad y la protección de su información de salud personal. La información que rige nuestro uso de la información de salud y otra información personal se proporciona en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA, que está disponible en: <https://meememorial.com/for-patients/patient-rights/>.
7. **Uso de Telesalud por parte de Menores.** Se requiere consentimiento informado para acceder a Telehealth desde el Hospital. Los niños menores de 18 años o que no están emancipados deben tener el consentimiento fundamentado afirmativo de sus padres o tutores legales para poder utilizar los servicios de Telesalud del Hospital.
8. **Consentimiento para usar Telehealth.** Al aceptar el uso de los servicios de Telesalud del Hospital, usted reconoce y acepta lo siguiente:
- a. Usted ha leído y entendido este Consentimiento Informado para Recibir Servicios de Telesalud.
  - b. Usted ha sido debidamente informado por el Hospital de naturaleza, riesgos y posibles complicaciones y consecuencias, y métodos alternativos disponibles de tratamiento a Telehealth.
  - c. Usted entiende que las leyes que protegen la privacidad la confidencialidad de su información médica protegida también se aplican a Telehealth y que ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Hospital.
  - d. Usted entiende que su proveedor puede determinar que los servicios de Telesalud son inapropiados para sus necesidades y puede tal vez decidir no proporcionar servicios a través de la videoconferencia.
  - e. Usted sabe que la práctica de la medicina y la telesalud no es una ciencia exacta y no ha pedido ni recibido ninguna garantías o promesa en cuanto a los resultados que se obtendrán.
  - f. Usted entiende que puede retener o retirar este consentimiento en cualquier momento.
  - g. Usted declara que tiene la capacidad legal y la autoridad para proporcionar este consentimiento para usted y/o el menor para quien está dando su consentimiento bajo las leyes federales y estatales aplicables, incluidas las leyes relacionadas con la mayoría de edad y/o el consentimiento del tutor parental.
  - h. Usted entiende y reconoce que no hay garantía de que será tratado por un proveedor si, por ejemplo, el proveedor determina que su condición no puede ser tratada adecuadamente a través de Telehealth.

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma paciente: \_\_\_\_\_

Padres/Guardian firma: \_\_\_\_\_



MEE MEMORIAL CLINICS

PLACE LABEL HERE

**Consentimiento informada para recibir servicios de telesalud  
(Informed Consent to Receive Telehealth Services)**

## Parte II

En este documento, “**Paciente**” significa la persona que recibe el tratamiento. “**Representante del paciente**” significa cualquier persona que actúa en nombre del Paciente y firma como representante de este. El uso de las palabras “**yo**”, “**usted**”, “**su**”, o “**mi**” podrán referirse en el contexto tanto al Paciente como al Representante del paciente. Con respecto a las obligaciones financieras, “**yo**” o “**mi**” también podrán, según el contexto, significar el fiador financiero, el “**Fiador**”. “**Sistema**” significa Southern Monterey County Memorial Hospital, que opera bajo el nombre de Mee Memorial Healthcare System, y podrá incluir a profesionales de la salud del personal del hospital y/o médicos del hospital contratados por el hospital. Estos podrán incluir, de manera enunciativa: Médicos del departamento de emergencias, patólogos, radiólogos, anestesiólogos, hospitalistas, y algunos otros médicos independientes certificados y cualquier agente, contratista, afiliado, sucesor, o cesionario autorizado que actúe en su nombre.

- 1. Atención de enfermería.** Este Hospital sólo proporciona atención de enfermería general y la atención indicada por el/los médico(s). Si quiero un enfermero privado, estoy de acuerdo en hacer los arreglos necesarios. El Hospital no es responsable de proporcionar un enfermero privado y, por lo tanto, queda eximido de toda responsabilidad derivada del hecho de que el hospital no proporcione esta atención adicional.
- 2. Acuerdo financiero.** Como contraprestación por los servicios que se prestarán al Paciente, el Paciente o el Fiador se compromete individualmente a pagar la cuenta del Paciente, de acuerdo con las tarifas indicadas en la lista maestra de precios del hospital (conocida como “**Lista maestra de precios**”), con validez a partir de la fecha en que se procese el cargo por el servicio prestado, y estas tarifas se incluyen expresamente en este documento con fines de referencia, como parte de las condiciones de precios de este acuerdo para pagar la cuenta del Paciente. El precio de algunos artículos especiales se determinará de manera independiente si no se encuentran en la Lista maestra de precios. Si lo solicita, el hospital le puede proporcionar una estimación de los gastos previstos por los servicios que el hospital prestará al Paciente. Las estimaciones pueden variar considerablemente con respecto a los cargos finales por distintos motivos, que incluyen, entre otros, el tratamiento, la intensidad de la atención, las prácticas médicas y la necesidad de proporcionar bienes y servicios adicionales.

**Los servicios profesionales prestados por el personal de salud independiente podrían ser facturados al Paciente por separado.** Entiendo que es posible solicitar médicos u otros profesionales de la salud para que me brinden atención o servicios o que lo hagan en mi nombre, pero que es posible que no vea realmente a todos los médicos o profesionales de la salud que participan en mi atención o que no sea examinado por ellos; por ejemplo, es posible que no vea a los médicos que prestan servicios de radiología, patología, interpretación de electrocardiogramas y anestesiología. Entiendo que, en la mayoría de los casos, habrá un cargo independiente por los servicios profesionales prestados por los médicos a mí o en mi nombre, y que puede que reciba una factura por estos servicios profesionales separada de la factura de los servicios hospitalarios.

### Condiciones de admisión y consentimiento para la atención ambulatoria

#### [Departamento de Emergencias Parte II]

#### (Conditions of Admission and Consent for Outpatient Care/Emergency Department Part II)

Si existe una enfermedad de emergencia, el hospital proporcionará en la medida de su capacidad, el tratamiento para estabilizarlo. Sin embargo, el Paciente y el Fiador entienden que si el Paciente no está calificado de acuerdo con la política del programa de beneficencia del hospital u otra política aplicable, el Paciente o el Fiador no será eximido de su obligación de pagar por estos servicios.

Si no tiene seguro y no está cubierto por un programa gubernamental, el Paciente podrá ser elegible para que se aplique un descuento o se le perdone su cuenta, en virtud de los programas de descuento para personas sin seguro o del programa de beneficencia del hospital que estén en vigor en el momento del tratamiento. Entiendo que puedo solicitar información sobre estos programas al hospital.

También entiendo que, como una cortesía, el hospital puede facturar a una compañía de seguros que ofrezca cobertura, pero no está obligado a hacerlo. Independientemente de lo anterior, estoy de acuerdo en que, excepto cuando la ley lo prohíba, la responsabilidad financiera de los servicios prestados me corresponde a mí, al Paciente o al Fiador. Acepto pagar el/los servicio(s) que no cubre el seguro y los cargos cubiertos que no hayan sido pagados en su totalidad por la cobertura del seguro, lo que incluye, entre otros, los coaseguros, los deducibles, casos de límites o exclusiones de la póliza, o el incumplimiento de los requisitos del plan de seguro.

- 3. Agencia de cobranza.** Reconozco que el Sistema puede utilizar los servicios de un Asociado comercial independiente o de una entidad afiliada, como una oficina comercial extendida (“Gestor de EBO”) para la facturación y el servicio de cuentas médicas. Durante el tiempo en que la cuenta médica reciba la atención del Gestor de EBO, la cuenta no se considerará morosa, vencida o en incumplimiento, y no se reportará ante una agencia de crédito ni estará sujeta a procedimientos legales de cobranza. Cuando los esfuerzos del Gestor de EBO para obtener el pago se hayan agotado debido a diversos factores (por ejemplo, la falta de pago o de un acuerdo de pago por parte del Paciente o del Fiador, luego de haber acreditado los ajustes y pagos del seguro, y/o el rechazo de la(s) reclamación(es) o de los beneficios por parte de la aseguradora), el Gestor de EBO enviará una carta de último aviso que incluirá la fecha en que la cuenta médica puede ser devuelta por el Gestor de EBO, el Sistema podrá devolver la cuenta al Gestor de EBO, o, a elección del Sistema, podrá determinar que la cuenta está en mora, vencida y en incumplimiento de pago. Una vez que se determine que la cuenta médica está en mora, esta podrá estar sujeta a recargos por pago atrasado, intereses según lo indicado, remisión a una agencia de cobranza para su cobro como cuenta en mora, presentación de informes a la agencia de crédito y ejecución por vía judicial.

También estoy de acuerdo en que, si el Sistema debe iniciar las actividades de cobranza para recuperar las sumas adeudadas por mí o mi Fiador, entonces, además de las cantidades incurridas por los servicios prestados, el Paciente o el Fiador pagarán, en la medida en que lo permita la ley: (a) todos los gastos en que incurra el Sistema para llevar a cabo la cobranza, que incluyen, entre otros, los honorarios razonables de abogados, y (b) todos los costos judiciales u otros gastos de litigio en que incurra el Sistema.

- 4. Cesión de beneficios.** Cedo y transfiero irrevocablemente al hospital todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés con relación a cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago para mi atención. Esta cesión incluirá la transferencia y autorización del pago directo al hospital de

Page 6 of 11

todos los beneficios del seguro y del plan de salud, pagaderos por esta hospitalización o por estos servicios ambulatorios. Estoy de acuerdo en que la aseguradora o el plan de pago de la aseguradora al hospital, en conformidad con esta autorización, cumpla con sus obligaciones en la medida de tal pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados de acuerdo con esta cesión, en la medida permitida por la legislación estatal y federal. Me comprometo a colaborar con este hospital y a adoptar todas las medidas razonablemente solicitadas por el mismo para dar validez a esta cesión o confirmar la misma.

Entiendo que cualquiera de las pólizas de seguro de salud mediante las que tenga cobertura podrán ser accesorias a otras coberturas o beneficios o a la restitución, a los que podría tener derecho, y que Sistema, al aceptar inicialmente la cobertura del seguro de salud, no renuncia a sus derechos de cobrar o aceptar como pago total cualquier pago realizado en virtud de una cobertura o beneficios diferentes o cualquier otra fuente de pago que podría cubrir o que cubrirá los gastos incurridos por los servicios y el tratamiento.

Por medio del presente, **designo irrevocablemente** al Sistema como mi representante autorizado para presentar u obtener cualquier reclamación, sanción y recurso administrativo y/o legal en mi nombre para el cobro contra cualquiera que sea responsable del pago, un plan de beneficios médicos patrocinados por el empleador, una aseguradora de responsabilidad civil o cualquier otro tercero responsable (la "Parte responsable"), por todos y cada uno de los beneficios que tengo derecho a recibir por el pago de los cargos asociados a mi tratamiento. Esta cesión no se interpretará como una obligación del Sistema de ejercer el derecho de recuperación. Reconozco y entiendo que mantengo mi derecho de recuperación contra mi aseguradora o plan de beneficios de salud y que la cesión anterior no me despoja de tal derecho.

Me comprometo a adoptar todas las medidas necesarias para ayudar al Sistema a realizar el cobro a cualquier Parte responsable en mi nombre. Si recibo el pago directamente de cualquier fuente por los gastos médicos asociados a mi tratamiento, reconozco que es mi deber y responsabilidad realizar inmediatamente tales pagos al Sistema.

5. **Certificación de Medicare del Paciente y cesión de beneficios.** Certifico que toda la información que proporciono al solicitar el pago en virtud del Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguridad Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al hospital o al médico del hospital, por el programa Medicare o Medicaid.
6. **Pacientes ambulatorios de Medicare.** Medicare no ofrece cobertura para "medicamentos autoadministrados" o medicamentos que usted normalmente toma por su cuenta, salvo en algunas pocas excepciones. Si recibe medicamentos autoadministrados, no cubiertos por la Parte B de Medicare, es posible que le facturemos el medicamento. Sin embargo, si está inscrito en un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare, estos medicamentos podrán estar cubiertos de acuerdo con los materiales de inscripción del plan de medicamentos de la Parte D de Medicare. Si paga por estos medicamentos autoadministrados, puede presentar una reclamación a su Plan de Medicamentos de la Parte D de Medicare para obtener un posible reembolso.

7. **Habitación privada.** Entiendo y acepto que soy (o el Fiador es) responsable de cualquier cargo asociado con la solicitud y/o uso de una habitación privada.
8. **Comunicaciones sobre mi atención médica.** Autorizo que la información sobre mi atención médica sea divulgada con el propósito de comunicar los resultados, hallazgos y decisiones de atención médica a mis familiares y a otras personas que yo designe como responsables de mi atención. Proporcionaré a esas personas una contraseña u otro medio de verificación especificado por el hospital. Estoy de acuerdo con que el Sistema o un representante del Sistema, o un consultorio médico independiente se ponga en contacto conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias, recomendadas por el médico tratante.
9. **Otros avisos**

**Objetos personales.** Como paciente, es recomendable dejar mis objetos personales de valor en casa. Entiendo que el hospital cuenta con una caja fuerte para guardar el dinero y los objetos de valor, y que el hospital no será responsable de la pérdida o el daño de ningún dinero o bien del paciente, lo que incluye, entre otros, joyas, documentos, lentes, dentaduras postizas, aparatos auditivos, teléfonos celulares, computadoras portátiles, otros dispositivos electrónicos personales u otros artículos que no se guarden en la caja fuerte. La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier bien depositado en el hospital para su custodia está limitada por ley a quinientos dólares (\$500), a menos que obtenga un recibo por escrito del hospital por una cantidad mayor.

**Armas/explosivos/drogas.** Entiendo y acepto que si, en algún momento, el hospital cree que podría haber un arma, un artefacto explosivo, una sustancia o droga ilegal o cualquier bebida alcohólica en mi habitación, o entre mis pertenencias, el hospital podrá registrar mi habitación y mis pertenencias ubicadas en cualquier lugar del hospital, confiscar cualquiera de los artículos mencionados que se encuentren y disponer de ellos según corresponda, incluida la entrega de cualquier artículo a la policía.

**Derechos de visita del paciente.** Entiendo que tengo el derecho de recibir a los visitantes que yo o mi Representante de pacientes designe, independientemente de mi relación con estos visitantes. También tengo el derecho a retirar o negar este derecho en cualquier momento. No se me negarán los privilegios de visita por motivos de edad, raza, color, nacionalidad, religión, género, identidad y expresión de género, y orientación sexual o discapacidad. Todos los visitantes que designe disfrutará de todos y los mismos privilegios de visita, que no serán más restrictivos que los que disfruten mis familiares directos. Además, entiendo que el hospital podrá tener la necesidad de imponer restricciones o limitaciones clínicamente necesarias o razonables a mis visitantes para proteger mi salud y seguridad, además de la salud y seguridad de otros Pacientes. El hospital explicará claramente la razón de cualquier restricción o limitación que se imponga. Si creo que se han violado mis derechos de visita, yo o mi representante tenemos el derecho a utilizar el sistema de atención de reclamaciones del hospital.

**Disposición adicional para la admisión de menores/pacientes discapacitados.** Yo, el suscrito, reconozco y confirmo que soy el tutor legal o el custodio del menor/paciente discapacitado.

**10. Ley de Autodeterminación del Paciente.** Se me ha proporcionado información sobre la Directiva Anticipada (como el poder vitalicio para la atención médica y los testamentos vitales). Ponga sus iniciales o una marca al lado de una de las siguientes declaraciones que correspondan:

He firmado una Directiva Anticipada y se me ha pedido que entregue una copia al hospital.	No he firmado una Directiva Anticipada, deseo firmar una y he recibido información sobre cómo firmar una Directiva Anticipada.	No he firmado una Directiva Anticipada y no deseo hacerlo en este momento.
-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

**11. Instrucción en Derechos del Paciente y Comité de Ética Organizacional.** El Comité de Derechos del Paciente y Ética Organizacional está disponible para proporcionar un mecanismo de consulta para abordar dilemas éticos y asistencia en la resolución de conflictos relacionados con las decisiones de atención y tratamiento. La consulta del comité puede ser realizada por el médico tratante, cualquier miembro del equipo de atención médica, el paciente, el representante del paciente o cualquier miembro de la familia. Para acceder al Comité de Ética Organizacional y Derechos del Paciente de Mee Memorial, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales al (831) 386-7493.

**12. Autorización para recibir mensajes automatizados a un teléfono celular o a un correo electrónico.** Autorizo al Sistema, a través de sus contratistas, el Gestor de EBO, socios comerciales, agentes y/o afiliados a ponerse en contacto conmigo por mensaje de texto SMS o correo electrónico, con el fin de prestarme un mejor servicio, lo que incluye de manera enunciativa, recibir instrucciones de alta y otras comunicaciones sobre la atención médica, o para revisar mi cuenta o cobrar cualquier cantidad que adeude. Pueden contactarme en cualquier teléfono o dirección de correo electrónico asociados a mi(s) cuenta(s) en el Sistema o mediante sus Gestores de EBO, lo que incluye números de celular [Aclaración: es posible que correspondan cargos adicionales. Verifique con su proveedor de telefonía móvil]. Estoy de acuerdo en que los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados y/o artificiales, y sistemas de marcación automática o textos (SMS), según corresponda. Entiendo que, para dejar de recibir estas comunicaciones, debo contactar al Sistema para actualizar mi información. Entiendo que existe la posibilidad de que se revele mi información al recibirla por estos medios. Entiendo, además, que no estoy obligado a autorizar al Sistema a enviarme mensajes de texto con el fin de recibir servicios de atención médica

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

**13. Aviso de prácticas de privacidad.** Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad del hospital, en el que se describen las formas en las que el hospital podrá utilizar y divulgar la información de mi atención médica para el tratamiento, pago, funcionamiento de la atención médica y otros usos y divulgaciones prescritos y permitidos. Entiendo que esta información podrá ser divulgada electrónicamente por el Sistema, sus proveedores y/o el Sistema y los asociados comerciales del proveedor. Entiendo que puedo contactar a la Oficina de privacidad del hospital señalada en el aviso si tengo alguna pregunta o reclamación.

**Aceptación:** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**14. Aceptación:** Se me ha dado la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información contenida en este formulario, que incluye específicamente, entre otras, las disposiciones de las obligaciones financieras y las disposiciones sobre la cesión de beneficios, y reconozco que no tengo ninguna pregunta o que mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción y que he firmado este documento libremente y sin más incentivo que la prestación de servicios por parte del Sistema.

**Aceptación:** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**15. Reconocimiento del aviso de los derechos y responsabilidades del paciente.** Se me ha proporcionado una Declaración de derechos y responsabilidades del paciente, que asegura que se me tratará con respeto y dignidad, sin discriminación o distinción por motivos de edad, género, discapacidad, raza, color, ciudadanía, religión, embarazo, orientación sexual, identidad o expresión de género, nacionalidad, afección médica, estado civil, condición de veterano, fuente o capacidad de pago, o cualquier otro motivo prohibido por la ley federal, estatal o local.

**Aceptación:** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**16. Notificaciones adicionales.**

**A. Notificación de miembro de la familia/representante:**

Rechazar la notificación a miembros de la familia/representantes.

Nombre del miembro de la familia/designado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de contacto: \_\_\_\_\_ Hora de contacto: \_\_\_\_\_

**B. Nombre del miembro de la familia o cuidador que te pueden ayudar en el cuidado post-hospitalario:**

Rechazar la selección de un familiar o cuidador.

Nombre del familiar/cuidador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**C. Notificación al médico de atención primaria:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de contacto: \_\_\_\_\_ Hora de contacto: \_\_\_\_\_

**D. Planificación del alta:**

Usted o su familiar/representante pueden solicitar una evaluación de planificación del alta por parte de un administrador de casos del hospital antes del alta.

---

Yo, el suscrito, como Paciente o Representante del paciente, o como tutor legal de un menor/paciente discapacitado, certifico por medio del presente que he leído y entendido en su totalidad estas Condiciones de admisión y Consentimiento para la atención ambulatoria y que he firmado estas Condiciones de admisión y Consentimiento para la atención ambulatoria con conocimiento de causa, libre y voluntariamente, y acepto regirme por sus términos. No he recibido promesas, certezas o garantías de nadie sobre los resultados que podrían obtenerse con cualquier tratamiento o servicio médico. Si la cobertura del seguro es insuficiente, se rechaza por completo o no está disponible por cualquier otro motivo, el suscrito se compromete a pagar todos los cargos no pagados por la aseguradora.

---

**Firma del paciente o del Representante del paciente**

**Fecha/Hora**

Si usted no es el Paciente, señale su relación con el Paciente (*encierre en un círculo o marque la(s) relación(es) de la siguiente lista*):

- Cónyuge       Padre/madre       Representante legal       Apoderado para atención médica  
 Hermano(a)       Vecino/amigo       Fiador       Otro (especifique): \_\_\_\_\_

---

**Firma y cargo del testigo:**

---

**Firma y cargo del testigo adicional** (*necesario para los Pacientes que no pueden firmar sin un representante o para Pacientes que se niegan a firmar*):