



☐ SHARP MEMORIAL HOSPITAL
☐ SHARP GROSSMONT HOSPITAL
☐ SHARP CHULA VISTA MEDICAL CENTER
☐ SHARP MARY BIRCH HOSPITAL FOR WOMEN

☐ SHARP CORONADO HOSPITAL AND
HEALTHCARE CENTER
☐ SHARP MESA VISTA HOSPITAL
☐ _____

CONVENIO DE ADMISIÓN PARA SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO (ADMISSION AGREEMENT FOR OUTPATIENT SERVICES)

- Usted reconoce que todos los médicos y cirujanos que le presten servicios son practicantes independiente y no son agentes ni empleados del hospital. Se les ha concedido el privilegio de utilizar el hospital para la atención y el tratamiento de sus pacientes. Usted consiente a todos los servicios hospitalarios prestados bajo las instrucciones generales y especiales del o los médicos. Recibirá facturas por separado por los servicios de los médicos. Escriba sus iniciales aquí Reconozco que los médicos NO son empleados del hospital.
- Usted está de acuerdo en que, hasta lo que sea necesario para determinar la responsabilidad y obtener reembolso, el hospital puede divulgar porciones de su historial médico, incluyendo registros médicos, a cualquier persona o corporación que sea o pudiera ser responsable por todo o alguna porción de los cargos de hospital, incluyendo pero sin limitarse a las compañías de seguro, planes de cuidados de la salud, o planes de compensación al trabajador.
- Los derechos y responsabilidades del paciente están publicados en las áreas de registro y disponibles bajo petición.
- El hospital no es responsable por pérdida o dano a su propiedad personal.
- Es responsabilidad suya cumplir con las instrucciones de su plan de salud para asegurar el pago. Si nosotros somos un proveedor que no tiene contrato con su plan, usted acepta que es personalmente responsable de todos los cargos por los servicios que se le presten. Ya sea que firme como agente o como paciente, usted acepta que en consideración a los servicios que se le prestarán al paciente, usted se compromete personalmente a pagar todas las cuentas de hospital, conforme a las tarifas indicadas en la tabla maestra de descripción de cargos y términos del hospital, que incluyen cargos por servicios y(o) planes de pago que crean intereses. El hospital, u otra entidad que tenga contrato con el hospital, pueden obtener informes de crédito de agencias de crédito nacionales. Si la cuenta pendiente tuviera que ser referida a un abogado o a una agencia de cobranza para obtener pago, usted tendrá que pagar todas las cuotas y los cargos de cobranza relacionados con este fin. Todas las cuentas pendientes de pago producirán intereses moratorias conforme a las tasas legales. Ya sea que firme como agente o como paciente, usted asigna y autoriza que se haga el pago directo al hospital de todos los beneficios de seguro, incapacidad y de contrato para cubrir los servicios prestados. Usted entiende que usted es responsable de pagar por los cargos que no estén cubiertos por esta asignación. Esta asignación no puede ser revocada.
- El empleado del Hospital que está procesando este documento no está autorizado para hacer o aceptar modificaciones o a tachar nada de su lenguaje. Usted acepta que cualquier modificación, incluyendo tachaduras, que usted haga no comprometen al Hospital. El rehusarse a firmar este documento no lo libera de su responsabilidad financiera por los servicios que acepte del Hospital y(o) de los médicos practicantes independientes.
- Le recomendamos comunicarse con su enfermera o al Departamento de Relaciones con los Pacientes si tiene quejas o inquietudes acerca de su cuidado. Si sus inquietudes o quejas no son resueltas satisfactoriamente, usted puede presentar una queja formal con dicho departamento o con la Administración, y un Comité de Quejas del hospital revisará sus inquietudes. Quejas relacionadas con Instrucciones Anticipadas o cualquier otro asunto pueden presentarse ante el Departamento de Salud Pública del Estado de California (California Department of Public Health, CDPH), independientemente de si utiliza o no el proceso de presentación de quejas del hospital, en: el Programa de Licencias y Certificados del CDPH (CDPH — Licensing and Certification), San Diego District Office, 7575 Metropolitan Drive, Suite 211, San Diego, CA 92108, o por teléfono en 619-278-3700 o 1-800-824-0613.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

El abajo firmante da su consentimiento y acepta expresamente que Sharp Rees-Stealy/Sharp HealthCare, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los cobradores de deudas, pueden enviar comunicaciones periódicas por medios electrónicos para cualquier propósito legal, incluidos los fines empresariales y/o comerciales de rutina, en cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que proporcione. Los mensajes se pueden enviar mediante mensajería de texto (SMS), correo electrónico, sistemas de marcación telefónica automática (marcador automático), mensajes pregrabados o llamadas de operador en vivo. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. El abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP o llamando al 1-800-827-4277. El hecho de que el abajo firmante acepte recibir estos mensajes no afectará la atención de ninguna manera. Visite www.sharp.com/terms para conocer los Términos de uso completos.

Junta Médica de California (Asociación Médica de California), el Board of Podiatric Medicine (Colegio Médico de Podólogos) y el Osteopathic Junta Médica de California (Colegio Médico de Osteópatas de California) son las únicas autoridades que pueden tomar acción disciplinaria en contra de la licencia de un médico, cirujano o podólogo. Contacte al Junta Médica de California en el 2005 Evergreen Street, Suite 1200 Sacramento, CA 95815, 1-800-633-2322, , correo electronico: Complaint@mbc.ca.gov, y(o) el Board of Podiatric Medicine de California en el 2005 Evergreen Street, Suite 1300 Sacramento, CA 95815, 1-916-263-2647, correo electronico: pmbc@dca.ca.gov, y(o) al Osteopathic Junta Médica de California en el 1300 National Orive Suite 150 Sacramento, CA 95834-1991, 1-916-928-8390, correo electronico: Osteopathic@dca.ca.gov.

Firma _____ Parentesco _____ Fecha/Hora _____

Testigo _____ Fecha/Hora _____