



**CONVENIO DE ADMISIÓN DE SERVICIOS PARA PACIENTE INTERNO Y EXTERNO
(ADMISSION AGREEMENT FOR INPATIENT AND OUTPATIENT SERVICES)**

- 1. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS DE HOSPITAL:** Usted acepta todos los servicios de hospital brindados bajo las instrucciones generales y especiales de su médico(s), y la toma de fotografías y videos de usted para tratamiento médico, científico, educación, mejoras de calidad, seguridad, o propósitos de identificación o investigación, a discreción del hospital y de sus cuidadores, hasta donde lo permite la ley. En el evento de que un prestador de servicios de salud sea expuesto a su sangre o fluidos corporales durante su hospitalización, puede que probemos una muestra de su sangre para detectar enfermedades que podrían ser transmisibles. En algunas áreas de este hospital se llevan a cabo programas de enseñanza en varias disciplinas de salud en colaboración con colegios, universidades y preparatorias. Puede que alumnos y residentes de estos programas participen en su atención médica.
- 2. RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS:** Todos los médicos y cirujanos que le presten servicios mientras usted se encuentra en cualquier parte de la propiedad del hospital, incluyendo la sala de emergencia y cualquier área para paciente interno o externo, son practicantes independientes. No son empleados ni agentes del Hospital, y se les ha concedido el privilegio de utilizar el hospital para la atención y el tratamiento de sus pacientes, para mayor conveniencia, el Hospital puede procesar las facturas por sus servicios profesionales. El Hospital no es responsable legalmente por las acciones u omisiones de estos practicantes independientes. Sus médicos son responsables de obtener su consentimiento informado, cuando es necesario, para procedimientos quirúrgicos o especiales.

Escriba sus iniciales aquí _____ Reconozco que los médicos NO son empleados del hospital

3. CUIDADO DE ENFERMERÍA: Este Hospital brinda solamente cuidado de enfermería general, a menos que su médico ordene enfermería más intensiva u otro tipo de cuidado. Si su condición amerita el servicio de una enfermera para cuidados especiales, usted acepta que esos servicios deben ser tramitados por usted o su representante legal. El Hospital no es responsable por no poder ofrecer los servicios de una enfermera de cuidados especiales, y no acepta ninguna responsabilidad por la obtención o la carencia de dicho cuidado adicional.

4. MODIFICACIONES: 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.

5. DERECHOS DEL PACIENTE: Se le ofreció a usted una lista de Derechos y Responsabilidades del Paciente.

6. PROCESO PARA PRESENTAR QUEJAS: 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 con la Administración, y entonces el Comité de Quejas del hospital revisará sus quejas. Para más información acerca de cómo registrar sus quejas, por favor refiérase a los derechos y responsabilidades del paciente en este documento.

7. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: En la Notificación de Prácticas de Privacidad se describe como el Hospital usa y divulga su información personal y médica. Su firma al calce confirma que se le entregó una copia de dicha Notificación. Este es el momento para solicitar copias adicionales. Nota: se le clasificará de No Información automáticamente a cualquier persona admitida para tratamiento psiquiátrico, abuso de sustancias, o tratamiento de salud mental o atentado de suicidio, cualquier persona admitida mientras está bajo la custodia de oficiales de la ley, o cualquier persona admitida a Servicios de Salud del Comportamiento. Cualquier otra persona puede añadir restricciones o pedir que se le ponga No Información en cualquier momento, así como pedir que se suspenda dicha clasificación.

8. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO POR SERVICIOS MÉDICOS: Su firma al calce autoriza el pago directo a aquellos médicos del Cuerpo Médico del Hospital que le brindaron atención médica mientras usted estuvo en el Hospital. Esta autorización no puede ser revocada. Usted está dando fe de que está de acuerdo con esta asignación de beneficios, que usted comprende (como se describe en el párrafo dos (2)) que su relación con sus médicos es independiente de su relación con el Hospital, y que usted tiene completa autoridad para ejecutar este convenio y aceptar sus términos. Aquí le estamos ofreciendo una copia de este documento.

AVISO A CONSUMIDORES: Los médicos están certificados y regulados por el Medical Board of California (Consejo Médico de California), (800) 633-2322 www.mbc.ca.gov.

9. EQUIPO MÉDICO PROPORCIONADO A PACIENTES DE MEDICARE: Si usted es un paciente que califica para beneficios de Medicare Parte A, usted reconoce que la propiedad de todos los productos médicos y artículos tangibles proporcionados a usted, o consumidos mientras se le prestan servicios a usted en el hospital (Suministros Médicos) es conferida a usted cuando uno de lo siguiente ocurra primero: cuando los Suministros Médicos se le proporcionen a usted o se consuman mientras el hospital le está proporcionando servicios a usted, cuando el hospital empiece a procesar los Suministros Médicos, o cuando el hospital reciba pago de Medicare.

10. ACUERDO FINANCIERO: 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 moratorios conforme a las tasas legales.

11. OBLIGACIÓN DEL PLAN DE SALUD: 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.

12. INSTRUCCIONES ANTICIPADAS: ¿Tiene usted instrucciones anticipadas para Decisiones de Salud?

☐ Sí ☐ No

Si respondió afirmativamente, es importante que nos proporcione una copia de ese documento para nuestros archivos. Nombre de la persona que fue asignada para tomar dichas decisiones e información para contactar a dicha persona, si no se proporcionó una copia

Si respondió No, ¿le gustaría recibir más información?

☐ Sí, información recibida ☐ No, información declinada

Inicial

Miembros de la familia o sustitutos recibiendo información a nombre de un paciente incapacitado, deben proporcionar dicha información al paciente en el evento de que él o ella recobre la capacidad

13. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: 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.

14. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO: A menos que se indique lo contrario al calce, el Hospital tiene su permiso para divulgar información general a cualquier persona que lo solicite usando su nombre. Esta información permite a las visitas o mensajeros que puedan localizarlo en el hospital. Cualquier restricción podría impedir que sus familiares y amigos lo localicen. Su información será incluida en el directorio del hospital a menos que usted indique lo contrario poniendo sus iniciales a continuación.

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

No de habitación

Condición General

Afiliación Religiosa (para Proveedores de Cuidado Espiritual)

sus iniciales si No aprueba

sus iniciales si No aprueba

sus iniciales si No aprueba

15. CARTA DE PODER LIMITADO: Usted nombra a Sharp HealthCare como agente y apoderado para completar y presentar formas de reclamación requeridas o documentos relacionados y hacer todo lo que usted podría hacer para obtener pagos directos de algún seguro o beneficios para el cuidado de la salud disponibles por parte del Programa para Asistencia Médica de California, con respecto a tratamiento y hospitalización. A Sharp HealthCare no se le requiere presentar formas de reclamación.

sus iniciales si No aprueba

16. FOTOGRAFÍAS DE RECIÉN NACIDOS: Apruebo que se tomen fotografías de mi bebé o bebés recién nacidos para que posiblemente sean compradas por mí.

sus iniciales si No aprueba

17. OBJETOS PERSONALES DE VALOR/PERTENENCIAS: El hospital cuenta con una caja fuerte para el cuidado de dinero y objetos de valor. El hospital no asume ninguna responsabilidad por la pérdida de, o el daño a, cualquier artículo que usted traiga al Hospital, a menos que primero lo deposite con el hospital para su cuidado. La responsabilidad del Hospital por la pérdida de, o el daño a, todos los artículos que usted deposite con el Hospital para su cuidado, se limita a quinientos dólares (\$500.00), a menos que le den un recibo por escrito por un monto mayor.

Inicial aquí

18. OPCIÓN DE DECLINAR COPIA DE ESTE DOCUMENTO: Una copia de este acuerdo, y sus derechos y responsabilidades, está incluida en su archivo médico y está disponible para usted cuando la solicite. También puede pedir una copia ahora. Ponga sus iniciales si no desea una copia en este momento.

Inicial

19. 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.

El suscrito certifica que él o ella ha leído lo anterior, se le ha ofrecido una copia de este documento, y es el paciente, el representante legal del paciente, o está debidamente autorizado por el paciente para actuar como su representante general para ejecutar lo que en este documento se indica y aceptar sus términos. Toda vez que nos referimos a "usted" en este documento, nos referimos tanto al paciente como a cualquier otra persona que firma como representante del paciente, según lo indique el contexto.

Relación:

Firma

Por favor confirme la informacion siguiente en nombre del paciente:

☐ Sí ☐ No Mi nombre es _____,

☐ Sí ☐ No Mi fecha de nacimiento es _____

☐ Sí ☐ No Mi dirección es _____

¿Anticipa usted un cambio de domicilio o número telefónico en los próximos 90 días? ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No Mi número telefónico es _____

☐ Sí ☐ No Mi número de celular es _____

☐ Sí ☐ No Mi seguro primario es _____.

He completado y revisado lo anterior, y atesto que, a lo mejor de mi conocimiento, la información es verdadera y exacta. **Al firmar abajo, yo autorizo expresamente el que se me contacte utilizando mensajes de voz pregrabados y/o por sistema automático de llamadas telefónicas a cualquier número de teléfono o correo electrónico asociado a mi cuenta de Sharp HealthCare.**

Relación _____

Firma



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Como paciente de Sharp HealthCare, usted tiene derechos y responsabilidades con respecto a su tratamiento.

USTED TIENE DERECHO A:

1. Que se le brinde una atención médica considerada y respetuosa, y que se sienta usted cómodo. Así como también tiene derecho a que se respeten sus valores y creencias personales
2. Que se notifique de inmediato a un miembro de su familia (o a otra persona de su elección) y a su propio médico sobre su admisión al hospital.
3. Conocer el nombre del médico que tiene la responsabilidad principal en la coordinación de su atención médica, y también los nombres y relaciones profesionales de otros médicos y profesionales que lo atenderán.
4. Solicitar o rechazar tratamiento, y salir permanentemente del hospital aun en contra de los consejos de los médicos, hasta el límite permitido por la ley. *Sin embargo, usted no tiene derecho a esperar o exigir un tratamiento o servicios que sean médicamente inapropiados. Un comité ético biomédico está disponible para ayudarlo con las situaciones difíciles y en los casos de conflicto entre su deseo y la opinión profesional de su médico. Sus médicos o cualquier empleado del hospital pueden ayudarlo a comunicarse con este comité.*
5. Recibir información sobre su estado de salud, el curso de su tratamiento, las perspectivas de recuperación y los resultados de su atención médica (incluyendo resultados imprevistos) en términos que pueda comprender. *Usted tiene derecho a participar activamente en la implementación y desarrollo de su plan de atención. También tiene derecho a participar en el análisis de cuestiones éticas que surjan en el transcurso de su atención médica, incluyendo cuestiones de difícil resolución como interrumpir los servicios de resucitación, y abandonar o interrumpir el tratamiento para el mantenimiento de vida.*
6. Decidir qué atención médica aceptará, y recibir toda la información sobre el tratamiento propuesto o el procedimiento que pueda necesitar para dar un consentimiento informado o rechazar el curso del tratamiento. *Excepto en emergencias, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los significantes riesgos médicos que implica, los cursos alternativos de tratamiento o no tratamiento y los riesgos que implique cada uno, y los nombres de las personas que llevarán a cabo cualquier procedimiento o tratamiento.*
7. Recibir una respuesta razonable a toda solicitud razonable de servicio que usted haga.
8. Ser aconsejado si su médico o equipo de atención médica propone involucrarse o realizar una investigación clínica que pueda afectar su cuidado o tratamiento. *Usted tiene derecho a negarse a participar en dicha investigación sin temor a represalias*
9. Recibir una evaluación y control adecuado de su dolor, incluyendo la información acerca del dolor y las medidas para aliviarlo que puedan estar disponibles para usted, y participar en las decisiones sobre el control del dolor. *Usted puede solicitar el uso de cualquiera o de todas las modalidades para aliviar el dolor, incluyendo la medicación opiácea, si sufre de dolores intratables intensos o crónicos. Su médico puede negarse a prescribirle varias modalidades de alivio del dolor, incluyendo las opiáceas, pero si es así, lo referirá a un médico que se especialice en la utilización de dichos medicamentos.*
10. Formular instrucciones anticipadas para decisiones de salud. *Esto incluye la designación de una persona para tomar decisiones que actúe en el caso de que no pueda comprender el tratamiento propuesto o no pueda comunicar sus deseos con respecto a su atención médica.*
11. Que todos sus derechos como paciente, hasta el límite permitido por la ley, correspondan a la persona que toma las decisiones designada por usted o a la persona designada por la ley.
12. Que se respete su privacidad personal. *Usted tiene derecho a que se le comunique la razón de la presencia de cualquier persona, y a que se retiren las visitas antes de un examen y cuando se hable de temas relacionados a su tratamiento.*
13. Recibir tratamiento confidencial de su historial clínico y de las comunicaciones sobre su atención médica fuera del hospital.
14. El acceso a la información de su historia clínica, dentro de los límites permitidos por la ley.
15. Agregar un apéndice escrito, que no exceda las 250 palabras, a su historial clínico si cree que está inexacto o incompleto.
16. Recibir atención en un entorno seguro, libre de acoso y abuso físico y verbal. *Usted tiene derecho a acceder a servicios de protección, incluyendo aquellos proporcionados por agencias que estudian las acusaciones de abuso.*
17. No sufrir restricciones ni aislamiento alguno que se haya previsto como medio de disciplina, coerción o represalia o por la simple conveniencia del personal o los médicos.
18. Una razonable continuidad de atención médica, y saber con anticipación la hora y el lugar de las citas médicas.
19. Ser informado por sus médicos y equipo de atención médica sobre la necesidad de continuar el cuidado médico luego del alta del hospital. Ser informado y, si está autorizado, que se le informe a sus amigos o familiares sobre los requisitos de atención médica continua después del alta del hospital. *Si lo desea, esta información también puede proporcionarse a quienes usted designe.*
20. Recibir información razonable del personal del hospital o de los médicos sobre las normas y políticas correspondientes a la conducta de los pacientes y también de las visitas

21. Designar visitantes de su elección, sin considerar la relación que tengan con usted. *En la medida que no pueda expresar sus deseos, el hospital utilizará su mejor criterio, y permitirá que toda persona que viva en su casa lo visite. Sin embargo:*
 - Los visitantes deben limitarse a ciertos horarios y lugares.
 - El personal del hospital y médicos afiliados se reservan el derecho de rechazar a un visitante en especial si determinan razonablemente que la persona podría poner en peligro la salud o la seguridad de cualquier persona en el lugar, o podría interrumpir la actividad del hospital.
22. Examinar (recibir una explicación de) la factura del hospital, sin considerar la forma de pago que utilice.
23. No ser discriminado por cuestiones de raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, discapacidad, estado de salud, información genética, estado civil, sexo, género, identidad y expresión de género, orientación sexual, ciudadanía, lengua materna, condición migratoria, edad, condición económica, formación educativa y la fuente del pago por la atención, tal como se establece en el artículo 51 del Código Civil.
24. Presentar una queja formal por escrito ante la administración del hospital. *Las quejas se presentan por escrito ante el Departamento de Relaciones de Pacientes del hospital, que las evaluará y responderá dentro de los 30 días. Si no está satisfecho con la decisión, puede solicitar por escrito que el Departamento de Relaciones de Pacientes envíe su queja al comité de quejas del hospital. Este comité estudiará su solicitud y la responderá dentro de los 90 días. Todas las respuestas incluirán los pasos seguidos para investigar su queja, los resultados de esa etapa del proceso de queja, la fecha en que se completó el proceso y el nombre de una persona con quien comunicarse para resolver cualquier otra pregunta o inquietud. Las inquietudes respecto a la calidad de la atención médica se enviarán automáticamente a la organización de evaluación del control de calidad y/o utilización apropiada.*
25. Usted también tiene derecho a presentar una reclamación en el Departamento de Salud Pública de California (CDPH), independientemente del proceso de quejas o la gestión de reclamaciones del Hospital, en la siguiente dirección: CDPH – Licensing and Certification Program, San Diego District Office, 7575 Metropolitan Drive, Suite 211, San Diego, CA 92108, O por teléfono al (619) 278-3700 o al (800) 824-0613. También tiene derecho a presentar una queja por la discriminación de un centro de atención médica ante el Departamento de Empleo y Vivienda Justa (Department of Fair Employment and Housing) en <https://www.dfeh.ca.gov/complaint-process/file-a-complaint/> o llamado al Centro de Comunicación (Communication Center) al 1-800-884-1684 (voz), 1-800-700-2320 (TTY) o al Servicio de Retransmisión de California (California's Relay Service) al 711, o por escrito a: 2218 Kausen Drive, Suite 100, Elk Grove, CA 95758.
26. Las inquietudes sobre la seguridad del paciente pueden reportarse a The Joint Commission en www.jointcommission.org, usando el enlace de "Reporte un Evento de Seguridad del Paciente" ("Report a Patient Safety Event"), también por medio de fax al 630-792-5636, o por correo a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente (Office of Quality and Patient Safety), The Joint Commission, 1 Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181.
27. 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 electrónico: 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 electrónico: pmbc@dca.ca.gov, y(o) al Osteopathic Junta Médica de California en el 1300 National Drive Suite 150 Sacramento, CA 95834-1991, 1-916-928-8390, correo electrónico: Osteopathic@dca.ca.gov.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

1. Conocer y observar las normas y regulaciones pertinentes del hospital, transmitidas a usted por escrito o a través de directivas verbales razonables por el personal del hospital y los médicos afiliados.
2. Proporcionar información sobre sus enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos pasados relativos a su salud que puedan ser importantes.
3. Cooperar con el personal del hospital y hacer preguntas a sus médicos y a las enfermeras cuando no entienda las directivas o expectativas que se le han transmitido.
4. Ser amable con los otros pacientes y el personal del hospital, colaborar con el control de ruidos y cumplir las reglas sobre el hábito de fumar, visitas y utilización de espacios comunes.
5. Explicarles a los visitantes que también deben cumplir con todas las mismas normas y regulaciones del hospital que le corresponden a usted con respecto a proteger la salud y la seguridad de los demás, o la seguridad y eficiencia del funcionamiento propio del hospital.
6. Proveer la información necesaria para procesar la forma de pago seleccionada por usted, reconocer que es responsable por las facturas del hospital y todo cargo adicional por servicios profesionales de sus médicos y de otros proveedores de servicios que no pertenezcan al hospital.
7. Colaborar con los médicos y los miembros del equipo de atención médica en su empeño por curarlo siguiendo sus instrucciones.
8. Ser respetuoso de la propiedad de los demás y del hospital.
9. Comprender que el hospital no es responsable de sus pertenencias personales a menos que estén guardadas en la caja de seguridad del hospital.
10. Proveer una copia de cualquier instrucción anticipada para decisiones de salud que tenga.
11. Informar a su médico, equipo de atención médica o el Departamento de Relaciones de Pacientes sobre cualquier insatisfacción que tenga respecto a la atención médica o los servicios del hospital.

En caso de que tenga alguna pregunta sobre sus derechos y responsabilidades, por favor solicite ayuda a sus doctores, o a cualquier empleado de Sharp HealthCare, o llame al Departamento de Relaciones de Pacientes del hospital.

Este documento está basado en los requisitos de The Joint Commission y el Artículo 70707 del Título 22 del Código CA Admin.; los artículos 1262.6, 1288.4 y 124960 del Código de Salud y Seguridad (CA Health & Safety Code); el apartado 482 del Título 42 del CFR, apartados 80, 84 y 91 del Título 45 del CFR.