

ROCKDALE MEDICAL CENTER

CONSENTIMIENTO O PERMISO GENERAL PARA TRATAR Y FINANCIAR AUTORIZACIÓN

NO FIRME ESTE FORMULARIO SIN LEER Y ENTENDER SU CONTENIDO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DEL PERMISO O CONSENTIMIENTO: _____

A. CONSENTIMIENTO O PERMISO PARA PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS:

Yo/EI/La Paciente por este medio concedo o doy permiso al Rockdale Medical Center, Inc. y a sus afiliados, a sus agentes, a sus doctores y a sus empleados (dentro de este documento se entiende como de "Rockdale"), Médicos de Radiología, Médicos de Emergencia, Servicios de Anestesia, Patólogos, Personas del Hospital, mi médico y/o médicos asociados con el/ella y otros individuos que podrían ser designados (colectivamente "proveedores") para proveer una valoración, evaluación, cuidado y tratamiento en pacientes o sean externos o internos. Yo reconozco que la práctica de la medicina es una ciencia inexacta y NINGUNA GARANTÍA O CERTEZA HA SIDO HECHA A MÍ con respecto a mi cuidado /o al respecto al cuidado y tratamiento en Rockdale Medical Center.

Los procedimientos de rutina y los tratamientos referidos en este formulario podría incluir, pero no limitados a, lo siguiente:

(a) **Pinchazos con aguja, Inyecciones, o Inyecciones de Fluidos Intravenosos** y otros procedimientos similares los cuales podrían ser utilizados para entregar medicina o fluido al cuerpo en el curso del tratamiento del paciente. Normalmente, los medicamentos y fluidos son inyectados debajo de la piel, en la vena o en las venas o en los músculos. Los medicamentos frecuentemente son adicionados al cuerpo a través de una línea intravenosa ("IV") si es aplicable. Los riesgos asociados con estos tipos de procedimiento de rutina incluyen, pero no son limitados a, molestia, moretones, miedos, infección, daño de nervios, infiltración (escape de fluido cerca del tejido), cosquilleo, quemadura o parálisis parcial, pérdida de tejido, la propagación de enfermedades, y trombosis. Formas alternas de inyecciones intravenosas o fluidos incluyen orales, nasales, rectales o medicamentos de actualidad, los cuales podrían ser menos efectivo, o rechazo del tratamiento.

(b) **Procedimientos radiográficos no invasivos** tales como rayos X, escáner CT, MRI, sonograma, procedimientos ultrasonidos y otros procedimientos similares, los cuales podrían ser utilizado en conjunción con el diagnóstico y el tratamiento. Los procedimientos radiográficos también incluyen terapia de radiación. Los riesgos asociados con estos tipos de procedimiento de rutina incluyen, pero no son limitados a, molestia, exposición a radiación y herida física. Excepto de usar un tipo de procedimiento radiográfico alterno o rechazo del tratamiento, ninguna alternativa práctica existe.

(c) **Examen físico, valoración, terapias y tratamientos**, tales como exámenes de partes internas del cuerpo, revisión de registro de movimiento, limpieza de heridas, puntos, vendaje de heridas, catéteres, enemas, terapias físicas y respiratorias, procedimientos de rehabilitación y otros procedimientos similares, los cuales podrían ser utilizados en conjunción con el diagnóstico y el tratamiento. Los riesgos asociados con estos tipos de procedimientos de rutina incluyen, pero no son limitados a, molestia, hinchazón, heridas en los huesos o músculos, y empeoramiento de la condición, incluyendo infección, cicatriz, y/o herida otra vez y pérdida de la función de los miembros. Con excepción de usar procedimientos modificados o rechazo de tratamiento, ninguna alternativa práctica existe.

(d) **Los Medicamentos** que podrían ser utilizados en el cuidado y en el tratamiento de pacientes, si son administrados oralmente, por el recto, en la piel, o a través de los ojos, oídos o nariz. Los riesgos asociados con los medicamento incluyen, pero no son limitados a, interacción de drogas, intolerancia de las drogas, reacciones alérgicas, reacciones adversas incluyendo muerte, los dos efectos a largo o a corto término los cuales podrían variar de medicamento a medicamento, cálculo inexacto de las dosis y/o métodos de entrega, perforación, pinchazo, infección, daño en el cerebro, y/o parálisis. Con excepción de variar los medicamentos recetados, el método de entrega o el rechazo del tratamiento, ninguna alternativa práctica existe.

(e) **Los exámenes de laboratorio** podrían ser utilizados cuando se tomen muestras de sangre, fluidos del cuerpo, y muestras de tejido para el análisis en el laboratorio. Los riesgos asociados con estos tipos de procedimiento de rutina incluyen, pero no son limitados a, aquellos riesgos mencionados anteriormente, en la sección (a) de pinchazos con aguja. Con excepción de la observación o el rechazo del tratamiento, ninguna alternativa práctica existe.

INICIALES _____

(f) **Evaluaciones, Monitoreo y Cuidado Diario** tales como signos vitales, baños y otros cuidados higiénicos generales, exámenes físicos, aplicación de monitores y de otros aparatos, transportación de los pacientes de/para otras áreas o departamentos. Los riesgos asociados con estos tipos de procedimiento de rutina incluyen, pero no son limitados a, molestia, caídas, heridas, y pérdida de privacidad personal. Con excepción del uso de tratamientos modificados o procedimientos o rechazo de los mismos, ninguna práctica alterna existe.

Además de los tratamientos y los procedimientos mencionados anteriormente, yo entiendo que hay otros tratamientos y procedimientos los cuales son comúnmente desarrollados en el hospital en pacientes internos y externos. Los riesgos de estos tratamientos y procedimientos pueden incluir molestia, dolores, sangrado o severa pérdida de sangre, moretones, dolores al toque, heridas físicas, empeoramiento de condición, infección, reacciones alérgicas, reacciones adversas, pérdida de privacidad, pérdida de o pérdida de la función de algún órgano, parálisis o parálisis parcial, paraplejía, o “cuadruplejía”, cicatriz desfigurada, daño en el cerebro, paro cardíaco o muerte. Con excepción del uso de tratamientos o procedimientos modificados o rechazo de las mismas, ninguna alternativa práctica existe.

B. RECONOZCO QUE LOS MÉDICOS Y SUS ASISTENTES NO SON EMPLEADOS DE ROCKDALE MEDICAL CENTER, INC.:

Yo/el paciente entiendo completamente que algunos o todos los Profesionales de la Salud cumplen servicios en Rockdale, incluyendo Médicos, Médicos del Departamento de Emergencia, Radiólogos, Patólogos, otros Especialistas, que consultan y ayudan a los Médicos y a sus asistentes (tales como Los Asistentes de los Médicos y las Enfermeras), **NO SON EMPLEADOS O AGENTES SINO SON CONTRATISTAS INDEPENDIENTES O** son empleados de contratistas independientes. Es verdad y aún para los Médicos que podrían ser asignados al paciente, o le haya proveído servicios al paciente sin el conocimiento de él/ella (el/la paciente). Yo, el paciente estoy de acuerdo y entiendo que los contratistas independientes son responsables de sus acciones y Rockdale NO controla y NO es responsable de o no se responsabiliza de tales acciones u omisiones de cualquier contratista independiente. Algunos o todos los profesionales del cuidado de la salud cumplen servicios en este hospital son contratistas independientes y no son agentes o empleados. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones y el hospital no responde por sus acciones u omisiones de estos contratistas independientes.

C. REVELACIÓN DE LA AUTORIZACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD- USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACION:

Yo por el presente documento o testamento autorizo a Rockdale y a los proveedores para revelar la información de la salud, datos, y registros vía correo electrónico, teléfono, o por fax, incluyendo, pero no limitado a, la información la cual podría ser juzgada confidencial o privilegiada por virtud del estado y/o la ley federal o regulación [tales como un diagnóstico del virus de infección inmunodeficiencia (“HIV+) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (“AIDS”), información que indicaría diagnóstico o tratamiento para alcohol y/o uso o abuso de sustancias, psiquiátrico o condiciones psicológicas] a aquellos individuos y/o entidades autorizados por mí (o en mi nombre) o los cuales tienen un derecho para tal información por funcionamiento de la ley, incluyendo pero no limitado a las compañías de salud, a los pagadores terceros, agencias de servicio social o del gobierno los cuales podrían pagar o pagarán la parte de los gastos médicos/y del hospital. El propósito de tal revelación es facilitar mi/el tratamiento y pago del Paciente. Este permiso está sujeto a la revocación en cualquier momento excepto a la extensión de Rockdale o a los Proveedores que ya han tomado acción en esto. Si no es revocado previamente, este permiso terminará un (1) año desde la fecha de este permiso o hasta que termine mi/el tratamiento como paciente por Rockdale y por sus Proveedores y todas las cuentas sean completamente pagadas, en cualquier de las dos fechas sea la más tarde en llegar.

D. CONSENTIMIENTO O PERMISO PARA QUE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA OBSERVEN Y AYUDEN:

Yo doy permiso para que los estudiantes en entrenamiento, incluyendo pero no limitado a los sujetos, residentes e internos, puedan observar o ayudar en los procedimientos los cuales serán realizados o desarrollados en mí/ el Paciente en el Centro Médico de Rockdale. Yo/ el Paciente también doy permiso para que los representantes de los fabricantes, vendedores u otras compañías observen los procedimientos los cuales son realizados o desarrollados en mí/el Paciente en el Centro Médico de Rockdale.

E. LIBRAR DE LA RESPONSABILIDAD DE OBJETOS DE VALOR:

Es suscrito o la suscrita (los firmantes abajo) entiende y está de acuerdo que los objetos de valor, incluyendo joyas, gafas, y dentadura, deben permanecer en casa y no en el Centro Médico de Rockdale. El Centro Médico de Rockdale tiene una caja fuerte y está dispuesto a tener todos los objetos de valores al pedido del paciente, pero El Centro Médicos de Rockdale no se responsabiliza por las pérdidas o daños que puedan ocurrir al dinero, a los objetos de valor, a las pertenencias personales o cualquier artículo considerado de valor. El personal del Centro Médico de Rockdale expide recibos u otros documentos cuando acepta artículos para ser guardados en la caja fuerte. Cuando no está en uso, es de responsabilidad del Paciente y/o de la familia del Paciente asegurar que la dentadura, los puentes, las gafas, los lentes de contacto y las ayudas auditivas

estén colocados adentro de recipientes que protejan ya que el Centro Médico de Rockdale no puede ser responsable de la perdida o rotura de tales artículos.

INICIALES _____

F. CONSENTIMIENTO O PERMISO PARA LA DISPOSICION DE TEJIDO HUMANO: Yo/El Paciente estoy de acuerdo que cualquier muestra o espécimen, tejido, partes del cuerpo, productos de concepción y restos fetales podrían ser examinados, retenidos, preservados, usados para propósitos científicos de enseñanza, para hacer la autopsia o disponer a su conveniencia por los médicos, agentes o empleados del Centro Médicos de Rockdale.

G. RECONOCIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS:

Yo/El paciente he sido proveído de la información sobre el proceso conciliatorio o procedimiento de quejas por las autoridades externas estatales y por las autoridades internas del Centro Médico de Rockdale. Se me ha permitido hacer preguntas acerca del procedimiento conciliatorio y del procedimiento de las quejas y se me ha respondido y explicado a mi entendimiento.

H. CONSENTIMIENTO O PERMISO PARA FOTOGRAFIAR, GRABAR O FILMAR EN VIDEO Y EN CASSETTE:

Con la firma de este formulario, Yo/el Paciente autorizo y doy permiso al Centro Médico de Rockdale, a sus afiliados, cuerpo gubernamental, oficiales, directores, personal médico, agentes y empleados para sacarme/ el paciente fotografías, grabarme/el paciente o filmarme/el paciente en video o en casete durante las entrevistas, diagnósticos, y/o sesiones de tratamientos y durante los procedimientos de cirugías o médicos, para propósitos de uso interno, incluyendo pero no limitado a la seguridad del paciente, identificación, tratamiento, mejoramiento en el desarrollo, y en educación. Yo entiendo que Yo/el paciente proveeré un formulario de un permiso específico separado para sacarme fotografías, grabarme en video o en casete para propósitos de publicación externo.

I. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO

Por medio de este documento Yo autorizo a mi Medicare y/o a los beneficios de mi seguro médico a pagar directamente al Centro Médico de Rockdale, Inc. ("ROCKDALE") a Radiólogos, Anestesiólogos, Patólogos, Médicos de Emergencia, personal del hospital, y al médico que me asiste y/o a los médicos asociados con él/ella y/u otro individuo o entidad que él/ella pudiera designar ("Proveedores"). Además estoy de acuerdo que cualquier sobrepago en esta cuenta resultado de la colecta de las compañías de seguro (no teniendo coordinación de los beneficios) o de otras partes podría ser aplicado a cualquier cuenta morosa o cuentas pendientes que deba yo al Centro Médico de Rockdale. Entiendo que soy responsable económicamente de los servicios que no son cubiertos, y de cualquier deducible, cantidad mayor que la de los beneficios del seguro. Yo doy permiso que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la original. Yo entiendo que los "Proveedores" den servicios separados de Rockdale y que se me envíen las cuentas separadamente por los servicios desarrollados por ellos si el tratamiento y/o la evaluación son dados. Yo entiendo que los servicios prestados que no sean pagados por la compañía de seguro sean enviados directamente a mí y yo me haré responsable del pago completo. Estoy de acuerdo, si firmo como un agente o como el paciente, que en consideración a los servicios prestados al paciente, o mí mismo por medio del presente documento me obliga a pagar puntualmente la cuenta de Rockdale, y de los médicos, de acuerdo a los precios o tarifas regulares y de acuerdo a los términos y de los servicios del Hospital y de los médicos. Las cuentas son pagadas en su totalidad antes de que el paciente o yo salga de Rockdale. Crédito provisional podría ser permitido para confirmar los pagos del seguro cuando son asignados a Rockdale. Todos los créditos provisionales están sujetos a cobro o recaudación por Rockdale. Yo entiendo que los servicios del Centro de Salud de Rockdale y de los médicos son servicios prestados y son cobrados al paciente y no a la compañía de seguros. Rockdale y sus médicos no pueden aceptar la responsabilidad total por el cobro de su demanda o negociación en la disputa del convenio.

J. SOLAMENTE PARA LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud del pago bajo el titulo XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor de mi información médica u otra información darla a la Administración del Seguro Social y/o al Programa de Medicare o a sus intermediarios o a la Organización Profesional de Estándares de cualquier información necesitada para esto o relacionada a reclamo de Medicare. Yo pido que el pago de los beneficios autorizados sea hecho a mi nombre. El suscrito/La suscrita, si es otro(a) que el paciente, y el paciente son responsables de y están de acuerdo de pagar por los cobros no cubiertos por esta asignatura, incluyendo cualquier deducible de Medicare.

INICIALES _____

K. AUTORIZACIÓN CONTINUA PARA TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS – Los permisos proveídos por mí/el Paciente en este formulario también se aplican a todos los servicios proveídos a pacientes externos por la duración de tales tratamientos como servicios prestados necesarios por el médico del Paciente o por el proveedor del tratamiento en UN (1) año.

I. LEY DE DETERMINACIÓN DEL PACIENTE MISMO: He recibido información sobre la Predisposición por Adelantado y el “Testamento Final mientras viva” y de los derechos y responsabilidades del paciente y otra información relacionada con mi estadía.

Por favor señale con su INICIAL (al menos una) las declaraciones que sean correctas:

_____ 1. Yo he ejecutado (puesto en efecto) una Predisposición por Adelantado y se me ha pedido dar una copia al hospital.

_____ 2. **NO tengo una Predisposición por Adelantado (indicando mis preferencias en cuanto al soporte de mi vida por maquinaria médica)**

_____ 3. Yo deseo ejecutar legalmente una Predisposición por Adelantado

_____ 4. Yo NO deseo ejecutar una Predisposición por Adelantado ahora.

K. YO/EL PACIENTE ENTIENDO QUE ESTE PERMISO Y ESTA PUBLICACIÓN DEBERÍA SER LEÍDOS ANTES DE FIRMARSE, Y YO HE LEÍDO Y HE ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO. SE ME HA DADO OPORTUNIDAD AMPLIA PARA HACER PREGUNTAS Y HAN RESPONDIDO Y EXPLICADO A MÍ DE MANERA SATISFACTORIA.

Firma de/la Paciente o de un Representante autorizado

FECHA _____ HORA _____ A.M. P.M.

Guarantor signatura if appropriate

CERTIFICADO DE PERMISO DEL USO DE UN INTÉRPRETE

Por favor Escriba el nombre Completo en Impreso de la Firma anterior

Yo, el firmante, certifico que he interpretado exactamente y claramente y he transmitido a la persona firmante a nombre del paciente todos el contenido de este formulario de Permiso. La persona que firma en nombre del paciente entendió el contenido de Formulario, y todas sus preguntas fueron respondidas.

Relación con el/la Paciente

Firma del Intérprete

Testigo: _____

Escriba impreso la firma anterior