

Condiciones de admisión

1. Consentimiento para el tratamiento. Autorizo los procedimientos que posiblemente se lleven a cabo durante esta hospitalización o en régimen ambulatorio, por ejemplo, servicios o tratamientos de emergencia, y que pueden incluir, entre ellos, estudios de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico, procedimientos o tratamientos quirúrgicos, médicos o de enfermería, anestesia o servicios hospitalarios que me provean según indicaciones de mi médico o de otro profesional de la salud que forme parte del cuerpo médico del hospital. Entiendo que, a modo de práctica profesional, es posible que los estudiantes de educación sanitaria participen en la prestación de asistencia y tratamientos médicos o actúen como observadores mientras recibo asistencia y tratamientos médicos en el Hospital, y que dichos estudiantes sean supervisados por instructores y por el personal del hospital.

2. Acuerdo financiero. En consideración a los servicios para me ser dados, o al paciente de quien acepto la responsabilidad, individualmente prometo pagar la cuenta del paciente en los precios declarados en la lista de precios del hospital (conocido como "el Maestro de Precio") eficaz en la fecha el precio es tratado para el servicio a condición de que, qué precios son por este medio expresamente incorporados por la referencia como el término de precios de este acuerdo para pagar la cuenta del paciente. Algunos artículos especiales serán priced por separado si no hay ningún precio puesto en una lista en el Maestro de Precio, o si el precio es puesto en una lista como el cero. Una estimación de los gastos esperados para servicios para ser proporcionados al paciente está disponible sobre la petición del hospital. Las estimaciones pueden variar considerablemente de los gastos finales basados en una variedad de factores, incluso, pero no limitadas con el curso de tratamiento, la intensidad de cuidado, prácticas de médico, y la necesidad de proporcionar bienes adicionales y servicios.

El hospital proporcionará un examen de proyección médico como requerido a todos los pacientes que buscan servicios médicos para determinar si hay una condición médica de emergencia, sin hacer caso de la capacidad del paciente de pagar. Si hay una condición médica de emergencia, el hospital proporcionará el tratamiento que se estabiliza dentro de su capacidad. Sin embargo, los pacientes que no se licencian bajo la política de cuidado de caridad del hospital u otra política aplicable no son aliviados de su obligación de pagar para estos servicios.

Si las provisiones y los servicios son proporcionados a un paciente que tiene la cobertura por un programa gubernamental o por ciertos proyectos de seguro médico privados, el hospital puede aceptar un pago rebajado para aquellas provisiones y servicios. En este acontecimiento cualquier pago requerido del abajo firmante será determinado por los términos del programa gubernamental o plan de seguro médico privado. Si el paciente es no asegurado y no cubierto por un programa gubernamental, el paciente puede ser elegible para hacer rebajar su cuenta o perdonado en descuento no asegurado del hospital o programas de cuidado de caridad en efecto en el momento del tratamiento. Entiendo que puedo solicitar la información sobre estos programas del hospital.

También entiendo que, como una cortesía a mí, el hospital puede facturar mi compañía de seguros, pero no es obligado a hacer así. Regardless, estoy de acuerdo que excepto donde prohibido según la ley, la responsabilidad financiera de los servicios dados me pertenece, el abajo firmante. Consiento en pagar cualquier servicio que no es cubierto y cubrió gastos no pagados en su totalidad por mi compañía de seguros. Este incluye, pero no es limitado con, coaseguro, deductibles, no ventajas cubiertas debido a límites de política o exclusiones de política así como fracaso de cumplir con exigencias de plan de seguros. También estoy de acuerdo que si el hospital debe iniciar esfuerzos de colección para recuperar cantidades debidas por mí, entonces además de cantidades incurridas para los servicios dio pagaré, al grado permitido según la ley: (a) alguno y todos los gastos incurridos por el hospital en la persecución de colección, incluso, pero no limitado con, honorarios de los abogados razonables, (y b) cualquier costo del tribunal u otros gastos del pleito incurrido por el hospital que las reglas aplicables o los estatutos permiten al hospital recuperar.

3. Consienta en Llamadas Telefónicas Inalámbricas. Si en cualquier momento proporciono un teléfono inalámbrico número en el cual pueden ponérseme en contacto, consiento para recibir llamadas (incluso llamadas automarcadas y mensajes pregrabados) en aquel número inalámbrico del hospital, sus sucesores y adjudica, y los afiliados, agentes e independiente contratistas, incluso servicers y agentes de colección, de cada uno de ellos en cuanto a la hospitalización, los servicios dado, o mis obligaciones financieras relacionadas.

4. Asignación de Ventajas. En la ejecución de esta asignación de ventajas, dirijo al portador de seguro médico u otro plan de beneficios de salud que proporciona mi cobertura (incluso, pero no limitado con, cualquier patrón, grupo de patrón o confianza plan patrocinado u ofrecido) para pagar al hospital y/o médicos a base de hospital directamente para los servicios el hospital y/o médicos a base de hospital proporcionados al paciente durante esta admisión. Si el portador de seguros que proporciona mi cobertura deja de pagar al hospital o médicos a base de hospital directamente, cuando ellos son por este medio ordenados hacer, reconozco que esto es mi deber y responsabilidad de pagar inmediatamente cualquier tal ventaja recibida por mí al hospital o médicos a base de hospital. A cambio de los servicios dados y ser dado por el hospital y/o médicos a base de hospital, Por este medio

EADMF3009

DOB:

MR#

irrevocablemente adjudico y me traslado al hospital y/o médicos a base de hospital bien, título, e interés a todos los pagos para la asistencia médica dada, que son pagados de acuerdo con alguno y todas las pólizas de seguros y planes de beneficios de salud de los cuales tengo derecho a servicios o tengo derecho a recuperarse. Entiendo que cualquier pago recibido de estas políticas y/o proyectos será aplicado a la cantidad que he consentido en pagar para servicios dados durante esta admisión, como adelante descrito bajo la sección 2. Adelante por este medio irrevocablemente adjudico y transfiero al hospital y/o hospital a médicos basados un derecho independiente, no exclusivo de la recuperación contra mi asegurador o plan de beneficios de salud, pero esta asignación no será interpretado como una obligación del hospital y/o hospital médicos basados para perseguir cualquier tal derecho de la recuperación. Reconozco y entiendo que mantengo mi derecho de la recuperación contra mi asegurador o plan de beneficios de salud y la asignación anterior no me despoja de tal derecho. Nunca va al hospital y/o los médicos a base de hospital retienen ventajas superior a la cantidad debida al hospital y/o hospital médicos basados para el cuidado y tratamiento dado durante la admisión. Si a un pagador de tercero (como una compañía de seguros o grupo de patrón o confianza plan patrocinado u ofrecido) pueden obligarlo a pagar unos o todos estos gastos, consiento en tomar todas las acciones necesarias de asistir al hospital y/o el hospital los médicos basados en el pago que se reúne de cualquier tal pagador de tercero deberían el hospital o el hospital physicians basado electo para coleccionar tal pago. Tal como resultó después el hospital y/o el hospital médicos basados deciden ejercer su derecho independiente, no exclusivo de la recuperación contra asegurador del paciente o plan de salud, Por este medio designo el hospital como mi representante autorizado para perseguir, cualquier remedio administrativo, reclamaciones y/o pleitos de mi parte y en la elección del hospital, contra cualquier tercero responsable, asegurador médico, o el patrón patrocinó el plan de beneficio médico para objetivos de coleccionar alguno y todo el hospital se beneficia debido mí para el pago de los gastos mandados a en la sección 2 encima. Si el hospital decide perseguir una reclamación o el pleito contra un pagador de tercero como el representante autorizado, consiento en ejecutar una procuración especial, de ser solicitada, autorizando el hospital para tomar todas las acciones necesarias o apropiadas en la búsqueda de tal reclamación o pleito, incluso el permiso del hospital de traer el pleito contra el pagador de tercero de mi nombre. Consiento en pagar al hospital inmediatamente todas las sumas recuperadas en cualquier reclamación o pleito traído de mi parte por el hospital (hasta la cantidad de los gastos del hospital, más gastos y honorarios del abogado). Yo he leído y sido dado la oportunidad de hacer preguntas sobre esta asignación de ventajas, y he firmado este documento libremente y sin el incentivo, además de la interpretación de servicios por el hospital y/o hospital médicos basados.

** Entre los integrantes de la plantilla médica se encuentran: médicos del servicio de urgencias, patólogos, radiólogos, anestesistas, psiquiatras, psicólogos u otros profesionales del comportamiento humano .Estos servicios son prestados por contratistas independientes y no están incluidos en su cuenta del hospital .Estos servicios serán facturados por separado por la empresa de facturación de cada médico.*

5. Cuarto privado. Entiendo y estoy de acuerdo que yo o el partido responsable del pago para hospital y servicios médicos somos responsables de cualquier gasto adicional asociado con la petición y/o el uso de un cuarto privado.

6. Asignacion de beneficios y certificacion de pacientes de Medicare. Certifico que toda la información que suministro para solicitar el pago según el Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el programa de Medicare o Medicaid efectúe el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al hospital o a la plantilla médica.

EADMF3010

DOB:

MR#

7. Otros Reconocimientos:

a. Efectos personales de valor. Entiendo que el hospital cuenta con una caja de seguridad para custodiar el dinero y otros efectos de valor, y que el hospital está exento de toda responsabilidad por la pérdida o el daño a dinero, joyas, documentos, pieles, tapados de piel, prendas de piel u otro artículos de valor atípico y tamaño pequeño, a menos que se hayan colocado en la caja de seguridad, y no se hace responsable de la pérdida o el daño de cualquier otro bien personal, a menos que se haya dejado en manos del hospital para su protección. La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier bien personal dejado en manos del hospital para su protección se limita a un máximo de quinientos dólares (US\$ 500,00) o al máximo que exige la ley, salvo que el paciente obtenga un recibo por escrito del hospital por una cifra mayor.

b. Armas/explosivos/drogas. Entiendo y acepto que si el hospital, en algún momento, considera que puede haber armas, artefactos explosivos, drogas o sustancias ilegales o cualquier bebida alcohólica en mi habitación o entre mis pertenencias, es posible que el hospital revise mi habitación o mis pertenencias, confisque cualquiera de los ítems mencionados que encuentre y se deshaga de ellos según corresponda, por ejemplo, entregándolos a las autoridades judiciales y policiales.

c. Cláusula adicional para la internación de menores. Yo, el abajo firmante, reconozco y verifico que soy el custodio o tutor legal del paciente menor/discapacitado.

d. Relación legal entre el hospital y los médicos. La mayoría o todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el hospital son contratistas independientes, no son empleados ni representantes del hospital. Los contratistas independientes son responsables de sus propios actos, y el hospital está exento de toda responsabilidad por los actos u omisiones de cualquiera de estos contratistas independientes. Entiendo que los médicos u otros profesionales sanitarios pueden tener que brindar servicios o asistencia a mi persona o a mi beneficio, pero esto no implica que vaya a consultar o me vayan a revisar todos los médicos o profesionales sanitarios que participan en mi atención; por ejemplo, posiblemente no consulte a los médicos que prestan servicios de radiología, patología, interpretación de electrocardiogramas y anestesiología. Entiendo que, en la mayoría de los casos, se aplicará un cargo adicional por los servicios profesionales prestados por los médicos a mi persona o a mi beneficio, y que recibiré una cuenta adicional por dichos servicios.

EADMF3010

DOB:

MR#

e. Derecho de los pacientes a ser visitados. Comprendo que tengo derecho a recibir los visitantes los cuales yo o mi persona de apoyo designemos, sin tomar en consideración mi relación con estos visitantes. También tengo derecho a retirar o negar tal consentimiento en cualquier momento. No se me negarán privilegios de visita en base a raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o incapacidad. Todos los visitantes designados por mí disfrutarán privilegios de visita iguales y completos que no serán más restringidos que aquellos que puedan disfrutar los miembros de mi familia inmediata. Además, entiendo que el hospital pueda tener la necesidad de imponer restricciones clínicamente necesarias o restricciones razonables o limitaciones a mis visitas para proteger mi salud y seguridad en adición a la salud y seguridad de otros pacientes. El hospital explicará claramente la razón para estas restricciones o limitaciones de estas ser impuestas. De yo creer que mis derechos de visita han sido violados, yo o mi representante tenemos el derecho a utilizar el sistema de resolución de quejas del hospital.

f. Este consentimiento incluye pruebas de enfermedades contagiosas o de transmisión sanguínea, entre ellas, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y hepatitis. Si el médico solicita dicha(s) prueba(s) para diagnóstico y/o de tratamiento. Entiendo que, en caso de exposición accidental a sangre o a otros fluidos corporales, la ley estatal permite que el hospital someta a una prueba al paciente que pueda haber expuesto a un profesional sanitario al VIH sin necesidad de obtener su consentimiento. Comprendo que los riesgos y complicaciones de estos análisis generalmente son mínimos y comparables a la rutina colección de especímenes de sangre, incluyendo: el dolor de un picor de aguja y/o arder, sangrar, o malestar en el punto del piquete. Los resultados de dicho análisis será parte de mi registro médico confidencial.

Escriba sus iniciales: _____ Estoy de acuerdo _____ No estoy de acuerdo

f. Reconocimiento de Red de Seguros. Reconozco que he recibido el aviso que, basado en la información disponible en este momento, esta facilidad ES/ NO ES un participante bajo mi plan de salud o plan de seguro (s). También reconozco que entiendo que algunos médicos, incluso médicos en la base de facilidad (tal como radiólogos, anestesiólogos, patólogos, neonatólogos, y/o médicos de departamento de emergencia), u otros proveedores que pueden proporcionarme servicios durante mi admisión, procedimiento, u otros servicios, pueden no participar bajo mi plan de salud o plan de seguro (s), y pueden facturarme por servicios que no son pagados por mi plan de salud o plan de seguro (s).

Yo he recibido la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información contenida en esta forma y así también sobre esta sección de esta forma, y yo afirmo que no tengo preguntas, o que mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Reconocimiento: _____ (Inicial)

8. Acto de autodeterminación del paciente He sido debidamente informado con respecto a las Directivas Anticipadas (tales como poderes legales duraderos para cuidados de salud y testamento en vida). Se me ha informado por escrito acerca de los derechos y responsabilidades del paciente, así como otras informaciones relativas a mi estancia. Por favor, inicialice o coloque una marca en el espacio adyacente a una de las declaraciones aplicables siguientes:

He ejecutado una Directiva Anticipada, y se me ha pedido que entregue una copia de la misma al Hospital. No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, deseo ejecutar una y he recibido información acerca de cómo debo ejecutar una Directiva Anticipada. No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, y no deseo ejecutar una Directiva Anticipada en este momento.

He ejecutado una Directiva Anticipada, y se me ha pedido que entregue una copia de la misma al Hospital.

No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, deseo ejecutar una y he recibido información acerca de cómo debo ejecutar una Directiva Anticipada.

No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, y no deseo ejecutar una Directiva Anticipada en este momento.

9. Información sobre prácticas de confidencialidad. Reconozco que he recibido una copia de la Información sobre las prácticas de confidencialidad del hospital, que describe las formas en las que el hospital puede utilizar y divulgar la información sobre los cuidados de mi salud para su tratamiento, pago, operaciones de cuidados de la salud y otros usos y divulgaciones, descritos y permitidos; comprendo que puedo comunicarme con el funcionario de confidencialidad del hospital designado en la información si tuviese alguna pregunta o queja.

Reconozco: _____ (Iniciales)

Fecha:	Yo, el abajo firmante, como el agente paciente o legal del paciente, por este medio certifique que he leído, y totalmente y completamente entienda que este Condiciona de Admisión y Autorización para el tratamiento Médico, y esto he firmado este Condiciona de Admisión y Autorización para el Tratamiento Médico a sabiendas, libremente, voluntariamente y consentir en estar ligado por sus términos. No he recibido ningunas promesas, aseguramientos, o garantías de alguien en cuanto a los resultados que pueden ser obtenidos por cualquier tratamiento médico o servicios. Si la cobertura de seguros es insuficiente, negada totalmente, o por otra parteno disponible, el abajo firmante consiente en pagar todos los gastos no pagados por el asegurador.
Hora:	

Firma del Paciente/Representante Autorizado:
X _____
 Si usted no es el paciente, identifique su relación con el mismo.
(Encierre en un círculo o marque la(s) relación (es) en el listado de abajo:
 Cónyuge Padre o madre Guardián Legal
 Vecino/Amigo Hermano/Hermana
 Proveedor de cuidados asignado por poder jurídico
 Otra (especifique): _____

Firma y título del testigo:
X _____
Firma y título de testigo adicional:
 (se exige en caso de pacientes que no puedan firmar sin un representante presente, o de pacientes que se nieguen a firmar)
X _____
 HCA Texas Conditions of Admission Spanish
 01.18.2011

EADMF3101

DOB: _____ MR# _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION

Por el presente autorizo la revelación de información sobre mi atención médica para propósitos de comunicar los resultados, hallazgos y decisiones de atención a los miembros de mi familia y otras personas responsables de mi atención o designadas por mí, proporcionándoles una contraseña u otro medio de verificación de acuerdo con lo que especifique el Hospital.

Yo (en mi calidad de padre o tutor, cónyuge, aval, representante del paciente) le permito a el hospital y los medicos, o otros profesionales de salud participando en el cuidado como paciente hospitalizado, o paciente externo, la entrega de informacion sobre este cuidado para las intenciones relacionadas a el tratamiento, el pago, o las funciones administrativas de salud. Informacion sobre el cuidado como paciente puede ser entregada a cualquier persona, o entidad responsable por pagar en nombre del paciente y asi poder verificar cobertura o hacer preguntas sobre el pago, o otra funcion relacionada a el pago del beneficio. También permito al Hospital que revele la información sobre mi atención médica a mi patrón (nombre del patrón) _____ o la persona que designe cuando los servicios prestados se lleven a cabo debido a una lesión relacionada con el trabajo. Si el paciente está amparado por Medicare o Medicaid, autorizo la revelación de la información sobre mi atención médica a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o a las compañías aseguradoras por el pago de una reclamación de Medicare o la agencia estatal adecuada a cargo del pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, los antecedentes y registros de exploraciones físicas, registros del departamento de urgencias, informes de laboratorio, informes operativos, notas de avance de los médicos, notas del personal de enfermería, interconsultas, informes psicológicos y/ o psiquiátricos así como resúmenes de egreso. El consentimiento incluye específicamente información referente a los padecimientos relacionados a drogas, alcoholismo, psicológicos, psiquiátricos y/ o enfermedades infecciosas que incluyen, pero no se limitan a, enfermedades transmitidas por la sangre tales como Hepatitis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Reconozco y doy mi autorización para que los datos de mi expediente como paciente queden al alcance de todos los proveedores de servicios de salud que participen en mi atención o tratamiento, incluyendo, sin limitarse a médicos, personal de enfermería y otros trabajadores de la salud del Hospital, agencias de atención médica en casa, compañías de ambulancias y/ o agencias de servicios de salud implicados en mi atención durante y después de la transferencia o egreso del Hospital.

Reconozco que se debe utilizar mi expediente médico en las revisiones de utilización del Hospital (y las afiliaciones del Hospital), en la mejora de desempeño, la revisión de colegas y otros procesos o estudios similares. También reconozco que mi expediente médico se pondrá a disposición de las organizaciones o autoridades gubernamentales en la medida en que la ley lo autorice o requiera. La información contenida en mi expediente médico puede tomarse o recabarse para propósitos de investigación y los resultados agregados (sin identificarme individualmente) pueden publicarse.

Reconozco que en el Hospital pueden almacenarse en medios electrónicos los expedientes médicos de los pacientes poniendo dicha información a disposición del personal y médicos del Hospital implicados en mi atención así como de los consultorios de tales médicos, a través de las diversas redes de cómputo. También reconozco que, de recibir tratamiento en otra unidad en el área que esté afiliada al Hospital, mi expediente médico quedará a disposición de tal unidad y los médicos implicados en mi atención así como de los consultorios de tales médicos, por vía electrónica, lo cual ayudará a mi médico y otros proveedores de servicios de salud en la revisión de tratamientos anteriores ya que podrían afectar mi padecimiento y tratamiento en ese momento. Las unidades que no estén afiliadas al Hospital y las unidades afiliadas que no cuentan con registros médicos electrónicos no podrán ofrecer este servicio.

Por el presente autorizo al Hospital o su representante autorizado, o a los encuestadores de la organización Gallup u otras similares, para que se comuniquen conmigo por vía telefónica después de mi egreso al llevar a cabo encuestas sobre satisfacción de los pacientes y otros estudios.

De conformidad con las leyes y reglamentos federales, doy mi autorización para que se revele mi número de afiliación a la Seguro Social al fabricante de cualquier dispositivo médico que me pudieren entregar.

Por el presente, autorizo la revelación de mi preferencia religiosa a la o las organizaciones religiosas locales, si así lo solicito.

Fecha	<i>Por el presente, el que suscribe certifica haber leído y comprendido plena y totalmente esta Autorización para la Revelación de Información/Información Sobre Atención Médica y haber firmado dicha Autorización con conocimiento de causa, libre y voluntariamente.</i>	
Hora	<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> El paciente no tiene la capacidad, desde el punto de vista médico, para firmar el <i>Autorización para la Revelación de Información</i> <input type="checkbox"/> El paciente se rehusó a firmar
Paciente/Padre/Tutor	X	En caso de ser una persona distinta al paciente, favor de indicar su relación con el paciente X
Cónyuge (si está casado/disponible)	X	Testigo (sólo de la firma) X

EADMF3013

DOB: _____ MR# _____

Consentimiento para servicios de paciente ambulatorio

1. Consentimiento para el tratamiento. Autorizo los procedimientos que posiblemente se lleven a cabo durante esta hospitalización o en régimen ambulatorio, por ejemplo, servicios o tratamientos de emergencia, y que pueden incluir, entre ellos, estudios de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico, procedimientos o tratamientos quirúrgicos, médicos o de enfermería, anestesia o servicios hospitalarios que me provean según indicaciones de mi médico o de otro profesional de la salud que forme parte del cuerpo médico del hospital. Entiendo que, a modo de práctica profesional, es posible que los estudiantes de educación sanitaria participen en la prestación de asistencia y tratamientos médicos o actúen como observadores mientras recibo asistencia y tratamientos médicos en el Hospital, y que dichos estudiantes sean supervisados por instructores y por el personal del hospital.

2. Acuerdo financiero. En consideración a los servicios para me ser dados, o al paciente de quien acepto la responsabilidad, individualmente prometo pagar la cuenta del paciente en los precios declarados en la lista de precios del hospital (conocido como "el Maestro de Precio") eficaz en la fecha el precio es tratado para el servicio a condición de que, qué precios son por este medio expresamente incorporados por la referencia como el término de precios de este acuerdo para pagar la cuenta del paciente. Algunos artículos especiales serán priced por separado si no hay ningún precio puesto en una lista en el Maestro de Precio, o si el precio es puesto en una lista como el cero. Una estimación de los gastos esperados para servicios para ser proporcionados al paciente está disponible sobre la petición del hospital. Las estimaciones pueden variar considerablemente de los gastos finales basados en una variedad de factores, incluso, pero no limitadas con el curso de tratamiento, la intensidad de cuidado, prácticas de médico, y la necesidad de proporcionar bienes adicionales y servicios.

El hospital proporcionará un examen de proyección médico como requerido a todos los pacientes que buscan servicios médicos para determinar si hay una condición médica de emergencia, sin hacer caso de la capacidad del paciente de pagar. Si hay una condición médica de emergencia, el hospital proporcionará el tratamiento que se estabiliza dentro de su capacidad. Sin embargo, los pacientes que no se licencian bajo la política de cuidado de caridad del hospital u otra política aplicable no son aliviados de su obligación de pagar para estos servicios.

Si las provisiones y los servicios son proporcionados a un paciente que tiene la cobertura por un programa gubernamental o por ciertos proyectos de seguro médico privados, el hospital puede aceptar un pago rebajado para aquellas provisiones y servicios. En este acontecimiento cualquier pago requerido del abajo firmante será determinado por los términos del programa gubernamental o plan de seguro médico privado. Si el paciente es no asegurado y no cubierto por un programa gubernamental, el paciente puede ser elegible para hacer rebajar su cuenta o perdonado en descuento no asegurado del hospital o programas de cuidado de caridad en efecto en el momento del tratamiento. Entiendo que puedo solicitar la información sobre estos programas del hospital.

También entiendo que, como una cortesía a mí, el hospital puede facturar mi compañía de seguros, pero no es obligado a hacer así. Regardless, estoy de acuerdo que excepto donde prohibido según la ley, la responsabilidad financiera de los servicios dados me pertenece, el abajo firmante. Consiento en pagar cualquier servicio que no es cubierto y cubrió gastos no pagados en su totalidad por mi compañía de seguros. Este incluye, pero no es limitado con, coaseguro, deductibles, no ventajas cubiertas debido a límites de política o exclusiones de política así como fracaso de cumplir con exigencias de plan de seguros. También estoy de acuerdo que si el hospital debe iniciar esfuerzos de colección para recuperar cantidades debidas por mí, entonces además de cantidades incurridas para los servicios dio pagaré, al grado permitido según la ley: (a) alguno y todos los gastos incurridos por el hospital en la persecución de colección, incluso, pero no limitado con, honorarios de los abogados razonables, (y b) cualquier costo del tribunal u otros gastos del pleito incurrido por el hospital que las reglas aplicables o los estatutos permiten al hospital recuperar.

3. Consienta en Llamadas Telefónicas Inalámbricas. Si en cualquier momento proporciono un teléfono inalámbrico número en el cual pueden ponérseme en contacto, consiento para recibir llamadas (incluso llamadas automarcadas y mensajes pregrabados) en aquel número inalámbrico del hospital, sus sucesores y adjudica, y los afiliados, agentes e independiente contratistas, incluso servicers y agentes de colección, de cada uno de ellos en cuanto a la hospitalización, los servicios dado, o mis obligaciones financieras relacionadas.

4. Asignación de Ventajas. En la ejecución de esta asignación de ventajas, dirijo al portador de seguro médico u otro plan de beneficios de salud que proporciona mi cobertura (incluso, pero no limitado con, cualquier patrón, grupo de patrón o confianza plan patrocinado u ofrecido) para pagar al hospital y/o médicos a base de hospital directamente para los servicios el hospital y/o médicos a base de hospital proporcionados al paciente durante esta admisión. Si el portador de seguros que proporciona mi cobertura deja de pagar al hospital o médicos a base de hospital directamente, cuando ellos son por este medio ordenados hacer, reconozco que esto es mi deber y

EADMF3014

DOB: _____ MR# _____
Woman's Hospital of Texas

responsabilidad de pagar inmediatamente cualquier tal ventaja recibida por mí al hospital o médicos a base de hospital. A cambio de los servicios dados y ser dado por el hospital y/o médicos a base de hospital, Por este medio irrevocablemente adjudico y me traslado al hospital y/o médicos a base de hospital bien, título, e interés a todos los pagos para la asistencia médica dada, que son pagados de acuerdo con alguno y todas las pólizas de seguros y planes de beneficios de salud de los cuales tengo derecho a servicios o tengo derecho a recuperarse. Entiendo que cualquier pago recibido de estas políticas y/o proyectos será aplicado a la cantidad que he consentido en pagar para servicios dados durante esta admisión, como adelante descrito bajo la sección 2. Adelante por este medio irrevocablemente adjudico y transfiero al hospital y/o hospital a médicos basados un derecho independiente, no exclusivo de la recuperación contra mi asegurador o plan de beneficios de salud, pero esta asignación no será interpretado como una obligación del hospital y/o hospital médicos basados para perseguir cualquier tal derecho de la recuperación. Reconozco y entiendo que mantengo mi derecho de la recuperación contra mi asegurador o plan de beneficios de salud y la asignación anterior no me despoja de tal derecho. Nunca va al hospital y/o los médicos a base de hospital retienen ventajas superior a la cantidad debida al hospital y/o hospital médicos basados para el cuidado y tratamiento dado durante la admisión. Si a un pagador de tercero (como una compañía de seguros o grupo de patrón o confianza plan patrocinado u ofrecido) pueden obligarlo a pagar unos o todos estos gastos, consiento en tomar todas las acciones necesarias de asistir al hospital y/o el hospital los médicos basados en el pago que se reúne de cualquier tal pagador de tercero deberían el hospital o el hospital physicians basado electo para coleccionar tal pago. Tal como resultó después el hospital y/o el hospital médicos basados deciden ejercer su derecho independiente, no exclusivo de la recuperación contra asegurador del paciente o plan de salud, Por este medio designo el hospital como mi representante autorizado para perseguir, cualquier remedio administrativo, reclamaciones y/o pleitos de mi parte y en la elección del hospital, contra cualquier tercero responsable, asegurador médico, o el patrón patrocinó el plan de beneficio médico para objetivos de coleccionar alguno y todo el hospital se beneficia debido mí para el pago de los gastos mandados a en la sección 2 encima. Si el hospital decide perseguir una reclamación o el pleito contra un pagador de tercero como el representante autorizado, consiento en ejecutar una procuración especial, de ser solicitada, autorizando el hospital para tomar todas las acciones necesarias o apropiadas en la búsqueda de tal reclamación o pleito, incluso el permiso del hospital de traer el pleito contra el pagador de tercero de mi nombre. Consiento en pagar al hospital inmediatamente todas las sumas recuperadas en cualquier reclamación o pleito traído de mi parte por el hospital (hasta la cantidad de los gastos del hospital, más gastos y honorarios del abogado). Yo he leído y sido dado la oportunidad de hacer preguntas sobre esta asignación de ventajas, y he firmado este documento libremente y sin el incentivo, además de la interpretación de servicios por el hospital y/o hospital médicos basados.

** Entre los integrantes de la plantilla médica se encuentran: médicos del servicio de urgencias, patólogos, radiólogos, anestesistas, psiquiatras, psicólogos u otros profesionales del comportamiento humano. Estos servicios son prestados por contratistas independientes y no están incluidos en su cuenta del hospital. Estos servicios serán facturados por separado por la empresa de facturación de cada médico.*

5. Asignación de beneficios y certificación de pacientes de Medicare. Certifico que toda la información que suministro para solicitar el pago según el Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el programa de Medicare o Medicaid efectúe el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al hospital o a la plantilla médica.

6. Paciente ambulatorio de "Medicare". "Medicare" no cubre medicinas recetadas excepto en ciertas excepciones. Según las regulaciones de "Medicare", usted es responsable por cualquier medicina proporcionada a usted mientras sea paciente ambulatorio y que "Medicare" defina como medicina de prescripción. Estas medicinas también son referidas como medicinas auto-administradas, pues son generalmente auto-administradas pero pueden ser administradas por el personal de hospital. "Medicare" requiere que los hospitales facturen a los pacientes de "Medicare" u otros planes por estas medicinas. Beneficiarios de "Medicare Parte D" pueden presentar una reclamación a su plan para posible reembolso de estas medicinas en acuerdo con los materiales de inscripción en el "Medicare Drug Plan".

7. Otros Reconocimientos:

a. Cláusula adicional para la internación de menores. Yo, el abajo firmante, reconozco y verifico que soy el custodio o tutor legal del paciente menor/discapacitado.

b. Relación legal entre el hospital y los médicos. La mayoría o todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el hospital son contratistas independientes, no son empleados ni representantes del hospital. Los contratistas independientes son responsables de sus propios actos, y el hospital está exento de toda responsabilidad por los actos u omisiones de cualquiera de estos contratistas independientes. Entiendo que los médicos u otros profesionales sanitarios pueden tener que brindar servicios o asistencia a mi persona o a mi beneficio, pero esto no implica que vaya a consultar o me vayan a revisar todos los médicos o profesionales sanitarios que participan en mi atención; por ejemplo, posiblemente no consulte a los médicos que prestan servicios de radiología, patología, interpretación de electrocardiogramas y anestesiología. Entiendo que, en la mayoría de los casos, se aplicará un cargo adicional por los servicios profesionales prestados por los médicos a mi persona o a mi beneficio, y que recibiré una cuenta adicional por dichos servicios.

EADMF3014

DOB: _____ MR# _____
Woman's Hospital of Texas

c. Derecho de los pacientes a ser visitados. Comprendo que tengo derecho a recibir los visitantes los cuales yo o mi persona de apoyo designemos, sin tomar en consideración mi relación con estos visitantes. También tengo derecho a retirar o negar tal consentimiento en cualquier momento. No se me negarán privilegios de visita en base a raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o incapacidad. Todos los visitantes designados por mi disfrutaran privilegios de visita iguales y completos que no serán más restringidos que aquellos que puedan disfrutar los miembros de mi familia inmediata. Además, entiendo que el hospital pueda tener la necesidad de imponer restricciones clinicamente necesarias o restricciones razonables o limitaciones a mis visitas para proteger mi salud y seguridad en adición a la salud y seguridad de otros pacientes. El hospital explicará claramente la razón para estas restricciones o limitaciones de estas ser impuestas. De yo creer que mis derechos de visita han sido violados, yo o mi representante tenemos el derecho a utilizar el sistema de resolución de quejas del hospital.

d. Este consentimiento incluye pruebas de enfermedades contagiosas o de transmisión sanguínea, entre ellas, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y hepatitis, si el médico solicita dicha(s) prueba(s) para diagnóstico y/o de tratamiento. Entiendo que, en caso de exposición accidental a sangre o a otros fluidos corporales, la ley estadual permite que el hospital someta a una prueba al paciente que pueda haber expuesto a un profesional sanitario al VIH sin necesidad de obtener su consentimiento. Comprendo que los riesgos y complicaciones de estos análisis generalmente son mínimos y comparables a la rutina colección de espécimen de sangre, incluyendo el dolor de un picor de aguja y/o arder, sangrar, o malestar en el punto del piquete. Los resultados de dicho análisis será parte de mi registro médico confidencial.

Escriba sus iniciales: _____ Estoy de acuerdo _____ No estoy de acuerdo

d. Reconocimiento de Red de Seguros. Reconozco que he recibido el aviso que, basado en la información disponible en este momento, esta facilidad ES/ NO ES un participante bajo mi plan de salud o plan de seguro (s). También reconozco que entiendo que algunos médicos, incluso médicos en la base de facilidad (tal como radiólogos, anestesiólogos, patólogos, neonatólogos, y/o médicos de departamento de emergencia), u otros proveedores que pueden proporcionarme servicios durante mi admisión, procedimiento, u otros servicios, pueden no participar bajo mi plan de salud o plan de seguro (s), y pueden facturarme por servicios que no son pagados por mi plan de salud o plan de seguro (s).

Yo he recibido la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información contenida en esta forma y así también sobre esta sección de esta forma, y yo afirmo que no tengo preguntas, o que mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Reconocimiento: _____ (Inicial)

8. Acto de autodeterminación del paciente. He sido debidamente informado con respecto a las Directivas Anticipadas (tales como poderes legales duraderos para cuidados de salud y testamento en vida). Se me ha informado por escrito acerca de los derechos y responsabilidades del paciente, así como otras informaciones relativas a mi estancia. Por favor, inicialice o coloque una marca en el espacio adyacente a una de las declaraciones aplicables siguientes:

He ejecutado una Directiva Anticipada, y se me ha pedido que entregue una copia de la misma al Hospital. No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, deseo ejecutar una y he recibido información acerca de como debo ejecutar una Directiva Anticipada. No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, y no deseo ejecutar una Directiva Anticipada en este momento.

<p>He ejecutado una Directiva Anticipada, y se me ha pedido que entregue una copia de la misma al Hospital</p>	<p>No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, deseo ejecutar una y he recibido información acerca de como debo ejecutar una Directiva Anticipada.</p>	<p>No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, y no deseo ejecutar una Directiva Anticipada en este momento.</p>
--	---	---

9. Información sobre prácticas de confidencialidad. Reconozco que he recibido una copia de la Información sobre las prácticas de confidencialidad del hospital, que describe las formas en las que el hospital puede utilizar y divulgar la información sobre los cuidados de mi salud para su tratamiento, pago, operaciones de cuidados de la salud y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; comprendo que puedo comunicarme con el funcionario de confidencialidad del hospital designado en la información si tuviese alguna pregunta o queja.

Reconozco: _____ (Iniciales)

<p>Fecha:</p>	<p>Yo, el abajo firmante, como el agente paciente o legal del paciente, por este medio certifique que he leído, y totalmente y completamente entienda que este Condiciona de Admisión y Autorización para el tratamiento Médico, y esto he firmado este Condiciona de Admisión y Autorización para el Tratamiento Médico a sabiendas, libremente, voluntariamente y consentir en estar ligado por sus términos. No he recibido ningunas promesas, aseguramientos, o garantías de alguien en cuanto a los resultados que pueden ser obtenidos por cualquier tratamiento médico o servicios. Si la cobertura de seguros es insuficiente, negada totalmente, o por otra parteno disponible, el abajo firmante consiente en pagar todos los gastos no pagados por el asegurador.</p>
<p>Hora: _____ am</p>	

Firma del Paciente/Representante Autorizado:

X _____

Si usted no es el paciente, identifique su relación con el mismo.

(Encierre en un círculo o marque la(s) relación (es) en el listado de abajo:

Cónyuge Padre o madre Guardián Legal

Vecino/Amigo Hermano/Hermana

Proveedor de cuidados asignado por poder jurídico

Otra (especifique): _____

Firma y título del testigo:

X _____

Firma y título de testigo adicional:

(se exige en caso de pacientes que no puedan firmar sin un representante presente, o de pacientes que se nieguen a firmar)

X _____

HCA Consent for Outpatient Services Spanish
01.18.2011

EADMF3014

DOB: _____ MR# _____
Woman's Hospital of Texas



The Woman's Hospital of Texas

Paciente Nombre: _____

Admisión/Matrícula Fecha: _____

D?é cuenta el Número: _____

Entiendo que mi ha informaci?n protegida de asistencia sanitaria puede ser revelada a mis miembros de la familia y otros como designado por m?. Proporcionaré esos individuos con un passcode u otra comprobaci?n significan especificado por el hospital para este prop?sito.

La se?ña para esta visita es:

El passcode es un instrumento de comprobaci?n de determinar la relaci?n del individuo al paciente y para permitir la liberaci?n de informaci?n protegida de salud pertinente a tal involucramiento del individuo con la asistencia sanitaria de paciente o pago.

El passcode no reemplaza ni substituye la autorizaci?n de paciente para obtener una copia de ni del acceso al registro m?dico y/o facturando del paciente.

Favor de notar: Esta nota contiene informaci?n protegida de salud que se privilegia y confidencial y es pensado para el uso s?lo por el encima de paciente denominado.

Si usted no es el recipiente destinado de este documento sea avisado por favor que usted ha recibido este documento en el error y que ning?n uso, la disseminaci?n, la distribuci?n ni copiar se prohíben estrictamente. Si usted ha recibido este documento en el error, por favor inmediatamente lo vuelve a un empleado del hospital para que lo se pueda disponer apropiadamente.

7600 Fannin
Houston, TX 77054
713-790-1234

Reconocimiento de los Derechos de Paciente

Reconozco que he sido informado e instruido acerca de mis derechos como paciente en el hospital. Comprendo que mis derechos incluyen, mas no limitan al derecho de tomar decisiones médicas, el derecho de aceptar o reahusar tratamiento médico, paricipar en mi plan de cuidado, hacer las directivas por adelantado (tal como un poder médico legal o testamento de vida), y recibir cuidado considerado y respetuoso en un medio ambiente libre de abuso/acoso verbal o mental. Reconozco que he recibido información acerca del proceso a seguir en caso de quejas o agravios.

Reconocimiento de Donacion de Organos

Comprendo que tengo el derecho de donar cualquiera de mis órganos y/o tejidos y que puedo hacerlo al llenar una tarjeta de donante de órganos o cualquier otro formulario de consentimiento. Comprendo que mi tratamiento y los servicios del hospital no estarán condicionados al firmar la tarjeta de donante de órganos. Por favor ponga sus iniciales si aplica: _____ He firmado una tarjeta de donante de órganos y puedo brindar una copia cuando se me pida.

SAMPLE

Date	
Time	<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
Firma de paciente o representante legal/Tutor X	Nombre en letra de molde X
Parentesco con el paciente si el paciente no puede firmar X	Firma y nombre de Testigo X

DOB:	MR#
------	-----



Ley de Directivas Anticipadas

((ver ?§166.163, del Código de Salud y Seguridad)

saber esta información importante:

Salvo los límites que usted imponga, este documento le da a la persona que usted nombre como su agente la autoridad de tomar, en su nombre, y cuando usted ya no esté en capacidad de tomarlas por su propia cuenta, todas y cada una de las decisiones referentes a la atención médica conforme con sus deseos y teniendo en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puesto que "atención médica" se refiere a cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para controlar, diagnosticar o tratar cualquier padecimiento físico o mental, su agente tiene el poder de tomar, en su nombre, decisiones sobre una amplia gama de opciones médicas. Su agente puede dar consentimiento, negar consentimiento o retirar el consentimiento para recibir tratamiento médico y puede decidir si suspender o no dar tratamiento para prolongar la vida. Su agente no puede autorizar su ingreso voluntario a un hospital para recibir servicios de salud mental, ni que le den tratamiento convulsivo, psicocirugía o un aborto. El doctor deberá seguir las instrucciones de su agente o permitir que se le cambie a usted de doctor. La autoridad de su agente comenzará cuando su doctor certifique que usted no está en capacidad de tomar decisiones de carácter médico. Su agente tiene la obligación de seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted especifique lo contrario, su agente tiene la misma autoridad que usted tendría para tomar decisiones sobre su atención médica. Antes de firmar este documento, es muy importante que hable sobre éste con el doctor o con cualquier proveedor médico para asegurarse de que entienda la naturaleza y los límites de las decisiones que se tomarán en su nombre. Si no tiene un doctor, debe hablar con alguien más que sepa de estos asuntos y pueda contestar sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para hacer este documento, pero si hay algo en este documento que usted no entienda, debe pedirle a un abogado que se lo explique. La persona que usted nombre como su agente debe ser alguien conocido y de su confianza. Debe ser mayor de 18 años, o puede ser menor de 18 años si se le ha retirado la incapacidad de minoría de edad. Si usted nombra al proveedor de atención médica o terapeuta (por ejemplo, su doctor o un empleado del centro de salud, hospital, casa para convalecientes o centro de tratamiento terapéutico, que no sea un pariente) esa persona tiene que escoger entre ser su agente o ser su proveedor de atención médica o terapeuta; conforme con la ley, una misma persona no puede desempeñar las dos funciones a la vez.

Debe informarle a la persona que usted escoja que quiere que ella sea su agente de atención médica. Usted debe hablar sobre este documento con su agente y con su doctor y darle a cada uno de ellos una copia firmada. Usted debe escribir en el documento el nombre de las personas e instituciones a quienes ha dado copias firmadas. Su agente no puede ser enjuiciado por las decisiones sobre atención médica tomadas de buena fe en su nombre. Aun después de firmar este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones de atención médica mientras esté en capacidad de hacerlo y no se le puede administrar o detener un tratamiento si usted se opone. Tiene derecho de revocar la autoridad otorgada a su agente informándole a su agente o a su proveedor de atención médica o terapeuta, oralmente o por escrito, y firmando un nuevo poder médico. A menos que indique lo contrario, el nombramiento de su cónyuge como su agente se disuelve en el caso de que usted se divorcie. Este documento no se puede modificar o cambiar. Si quiere hacer algún cambio, tiene que hacer un documento nuevo. Es aconsejable que nombre a un tercer agente en caso de que su agente no quiera, no pueda o esté incapacitado para actuar como su agente. Cualquier agente alterno que usted nombre tendrá la misma autoridad de tomar decisiones de atención médica en su nombre. Este poder no tiene validez a menos que se firme en presencia de dos testigos adultos hábiles. Las siguientes personas no pueden actuar como UNO de los testigos:

- la persona que usted ha nombrado como su agente;
- una persona que es su pariente por sangre o matrimonio;
- una persona que, después de su muerte, tenga derecho a cualquier porción de su sucesión de acuerdo con su testamento o con una adición a su testamento firmado por usted o que tenga derecho a ésta por efecto legal;
- el doctor que lo atiende; un empleado del doctor que lo atiende;
- un empleado de un centro de atención médica del cual usted es paciente si el empleado le está prestando servicios directamente a usted o es un funcionario, director, socio o empleado de las oficinas del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica; o
- una persona que, en el momento de firmar este poder, pueda reclamar cualquier porción de su sucesión después de su muerte.



Ley de Directivas Anticipadas (ver ?§166. 164, del Código de Salud y Seguridad)

Yo, _____ (escriba su nombre) nombro a: _____

Name & Phone Number

Address, City, State, Zip Code

como mi agente para que tome todas y cada una de las decisiones sobre atención médica por mí, a menos que yo diga lo contrario en este documento. Este poder médico entra en vigor si yo no tengo capacidad para tomar mis propias decisiones sobre la atención médica y mi doctor certifica este hecho por escrito.

Nombramiento de un agente alterno:

(Usted no tiene que nombrar a un agente alterno, pero si quiere puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones m?édicas que tomaría el agente designado si el agente designado no puede o no quiere hacer las veces de agente. Si el agente designado es su cónyuge, el nombramiento se revoca automáticamente por ley si su matrimonio se disuelve). Si la persona designada como mi agente no es capaz o no está dispuesta a tomar decisiones médicas por mi, nombro a las siguientes personas, para que hagan las veces de agente para tomar decisiones de tipo médico conforme yo las autorice por medio de este documento. Lo harán en el siguiente orden:

Nombre:

Nombre:

Dirección:

Dirección

Dirección:

Dirección

Tel?éfono:

Tel?éfono:

El original de este documento se mantendrá en:

Nombre:

Dirección:

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre:

Nombre:

Dirección:

Dirección

Comprendo que este poder existirá indefinidamente a partir de la fecha en que se firma el documento a menos que yo establezca un término más corto o lo revoque. Si no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas por mi propia cuenta cuando este poder se venza, la autoridad que le he dado a mi agente seguirá en vigor hasta que yo pueda volver a tomar decisiones por mí mismo. (Si aplica) Este poder se vencerá en la siguiente fecha: _____.

Revoco cualquier poder m?édico anterior.

Me dieron la declaración en la que se explica las consecuencias de este documento. La leí y la entiendo.

Continued on next page.



Tiene que escribir la fecha y firmar este poder

Firmo mi nombre en este poder m?édico el _____ de _____ (mes) de (año) en

(Ciudad y Estado)

Firma / (Nombre en letra de molde)

No soy la persona designada como agente por medio de este documento. No soy pariente del poderante ni por sangre ni por matrimonio. No tendr?e derecho a ninguna parte de la sucesión del poderante después de su fallecimiento. No soy el médico tratante del poderante ni estoy empleado por el médico tratante. No tengo ningún derecho sobre ninguna porción de la sucesión del poderante después de su fallecimiento. Además, si trabajo en el centro de atención médica donde es paciente el poderante, no tengo que ver con el cuidado directo del poderante y no soy funcionario, director, socio, ni empleado de la oficina del centro de atención médica ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Firma

Nombre en letra de molde & Fecha

Dirección

Firma

Nombre en letra de molde & Fecha

Dirección



Ley de Directivas Anticipadas (ver §166.033, del Código de Salud y Seguridad)

Directiva

Yo _____ reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi doctor. Juntos, mi doctor y yo tomaremos las decisiones médicas mientras yo esté en condiciones mentales de hacer conocer mis deseos. Si en algún momento yo no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas respecto a mi salud debido a una enfermedad o lesión, ordeno que se respeten las siguientes preferencias respecto al tratamiento:

Si, a juicio de mi doctor, estoy padeciendo de una enfermedad terminal de la que se espera moriré dentro de los seis meses, incluso con tratamientos disponibles para prolongar la vida, suministrado de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

_____ Yo pido que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

_____ Yo pido que me mantengan con vida en esta situación terminal usando los tratamientos disponibles para prolongar la vida. (Esta preferencia no se aplica al cuidado de hospicio).

Si, a juicio de mi doctor, estoy sufriendo de un padecimiento irreversible, que no permitiría que me atienda yo mismo ni que tome decisiones por mí mismo y se espera que moriré si no me suministran tratamientos para prolongar la vida de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

_____ Yo pido que no me den o me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

_____ Yo pido que me mantengan con vida en esta situación irreversible usando tratamientos disponibles para prolongar la vida. (Esta preferencia no se aplica al cuidado de hospicio).

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos cuidado de hospicio, entiendo y estoy de acuerdo en que me den solamente aquellos tratamientos para mantenerme cómodo y que no me den los tratamientos disponibles para prolongar la vida.

SAMPLE



1

2

Si las personas nombradas antes no están disponibles, o si no hay un vocero designado, comprendo que se escogerá un vocero para mí, siguiendo las pautas especificadas por la ley de Texas.

Si, a juicio de mi doctor, mi muerte es inminente dentro de minutos u horas, a pesar de que me den todo tratamiento médico disponible suministrado dentro de las pautas de atención actuales, autorizo que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo. Comprendo que bajo la ley de Texas esta directiva no tiene efecto si se ha diagnosticado que estoy embarazada. Esta directiva seguirá en efecto hasta que yo la revoque.

Nadie más puede hacerlo.

Firmado

Nombre en letra de molde / Fecha

Ciudad, condado y estado de domicilio

Dos testigos tienen que firmar en los espacios siguientes.

Dos testigos adultos hábiles tienen que firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado Testigo (1) no puede ser una de las personas designadas para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento para el paciente y no puede estar relacionado con el declarante por sangre o por matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la sucesión y no puede tener un reclamo en contra de la sucesión del paciente. Este testigo no puede ser el médico que lo atiende ni un empleado del médico que lo atiende. Si el testigo es empleado del centro de salud en el cual se cuida al paciente, este testigo no puede estar directamente involucrado en el suministro de atención al paciente. Este testigo no puede ser funcionario, director, socio o empleado de la oficina del centro de atención médica donde se atiende al paciente o de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Testigo 1

Testigo 2

Definiciones:

"Nutrición e hidratación artificial" quiere decir el suministro de nutrientes o líquidos mediante una sonda puesta en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el estómago (tracto gastrointestinal).

"Padecimiento irreversible" quiere decir un padecimiento, lesión o enfermedad:

- a. que se puede tratar, pero que nunca sana;
- b. que deja a la persona incapaz de cuidarse o tomar decisiones por ella misma, y
- c. que sin el tratamiento para prolongar la vida, suministrado conforme con las normas actuales de atención médica, podría ser fatal.

Explicación: muchas enfermedades graves como el cáncer, la insuficiencia de cualquier órgano vital (el riñón, el corazón, el hígado o el pulmón) y una enfermedad del cerebro grave, como la demencia de Alzheimer, se pueden considerar irreversibles desde muy temprano. No hay curación, pero el paciente puede mantenerse con vida por periodos prolongados de tiempo si recibe tratamientos para prolongar la vida. Más tarde durante la misma enfermedad, ésta se puede considerar terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera. Usted deberá considerar qué niveles de tratamiento está dispuesto a soportar para lograr un resultado particular. Ésta es una decisión muy personal que usted deberá discutir con el doctor, la familia u otras personas importantes en su vida.

"Tratamiento para prolongar la vida" quiere decir un tratamiento que, a juicio médico, preserva la vida de un paciente y sin el cual el paciente moriría. El término se refiere a medicamentos para preservar la vida y a medios artificiales para mantener la vida como los respiradores mecánicos, el tratamiento de diálisis del riñón, la hidratación y la nutrición artificial. El término no se refiere a la administración de medicamentos para el dolor, la ejecución de un procedimiento quirúrgico necesario para suministrar comodidad ni ningún otro servicio médico ofrecido para aliviar el dolor del paciente.

"Padecimiento terminal" quiere decir una enfermedad incurable causada por lesión, enfermedad o dolencia que a juicio médico produciría la muerte dentro de unos seis meses, incluso con el tratamiento disponible para prolongar la vida suministrado de acuerdo con las normas de atención médica actuales.

Explicación: muchas enfermedades graves se pueden considerar irreversibles desde muy temprano en la evolución de la enfermedad, pero no se considera terminal hasta que la enfermedad ha avanzado bastante. Al pensar en una enfermedad terminal y su tratamiento, deberá considerar los beneficios y las dificultades relacionados con el tratamiento y discutirlos con el doctor, la familia u otras personas importantes en su vida.



Room Assignments

The Woman's Hospital of Texas makes every effort to accommodate our patient's requests, including private and semi-private rooms.

On the Medical Surgical Unit where both private and semi-private rooms are available, there is a fee for private rooms. Payment must be made prior to moving into the private room. If your condition warrants staying beyond your expected discharge day, fees for the additional days will be due at the time of your discharge.

Due to the nature of our services, we are unable to take room reservations in advance. If you would like a private room, please let your admitting nurse know when you arrive at the hospital.

There may be times when all the private rooms are occupied. You will be notified by your nurse if one becomes available during your stay.

We regret we are unable to provide overnight accommodations for family members or friends in our semi-private rooms. This policy, as well as all others, applies to all patients, regardless of insurance or financial status.

The Woman's Suites

Every woman who chooses The Woman's Hospital of Texas receives the personal, compassionate care for which The Woman's Hospital is renowned. But for those who prefer luxury accommodations, The Woman's Suites offer the extra touches not usually found in a hospital room.

The Woman's Suites feature hotel-like accommodations. Amenities include a fold-down sofa bed for an overnight guest, satellite television, DVD player and complimentary Wi-Fi high speed internet access.

Your stay in the Woman's Suite will also include:

- *Gourmet Room Service
- *A Fresh Flower Arrangement
- *An Assorted Fruit & Cheese Tray
- *A Refrigerator Stocked with Bottled Water & Soft Drinks (one complimentary re-stock)
- *A Free Parking Pass

Suites may not be reserved in advance. Please check on suite availability upon admission. If you would like to know more about The Woman's Suites, contact Nursing Administration at 713-791-7283. A representative can provide information about the additional cost and suite availability.

Date/Fecha		<i>I acknowledge that I have read the above and understand the private room/suite policy, and have also had an opportunity to have all my questions answered by the hospital staff.</i>
Time/Hora	<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	
Patient Signature		Patient's Representative Signature
X		X
Witness Signature		
X		X

PATIENT IDENTIFICATION

Private Room and Suite Policy

AVISO DEPRÁCTICAS DEPRIVACIDAD
Fecha de inicio de vigencia: 17 de febrero 2010

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD Y CÓMO USTED MISMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISAR MINUCIOSAMENTE ESTE AVISO.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor comuníquese con el funcionario de privacidad de la institución marcando el número principal de la misma. Cada vez que acude a un hospital, visita a un médico o a algún profesional de atención médica, se elabora un registro de su visita. Por lo general este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, un plan de atención o tratamiento a futuro e información relacionada con la facturación. Este aviso aplica para todos los registros de su atención generados por la institución, ya sea por personal o representantes de la misma o su médico particular. Es posible que su médico personal tenga diferentes políticas o avisos respecto al uso y divulgación de su información médica que haya sido creada en su consultorio o clínica.

Nuestras responsabilidades

La ley nos obliga a mantener la privacidad de su información médica y a proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad. Nos apegaremos a los términos y condiciones de este aviso.

Usos y divulgaciones

Cómo podemos usar y dar a conocer su información médica

Las siguientes categorías describen ejemplos de la manera en que utilizamos y divulgamos información médica:

Para tratamiento: Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y demás personal de la institución involucrados en su cuidado en las instalaciones. Por ejemplo: un doctor que le está tratando una pierna fracturada necesitará saber si sufre de diabetes, ya que la diabetes puede retardar el proceso de curación. También es posible que los diferentes departamentos de la institución compartan información médica sobre usted con el fin de coordinar los diferentes servicios que usted necesita, como recetas, análisis de laboratorio, alimentos o radiografías. También podemos proporcionar a su médico o a otro profesional de atención médica subsecuentes copias de varios informes que pueden ayudarle con su tratamiento, una vez que salga de la institución.

Para pago: Podemos usar y dar a conocer información médica sobre su tratamiento y servicios para facturar y cobrar el pago a usted, su compañía de seguros o un tercero.

pagador. Por ejemplo, es posible que tengamos que proporcionar a su compañía de seguros información acerca de su cirugía de modo que nos paguen o le reembolsen a usted el tratamiento. También podemos informar a su proveedor del plan de salud acerca del tratamiento que recibirá para determinar si su plan lo cubre.

Para operaciones del cuidado de la salud: Los miembros del personal médico y/o del equipo de mejoramiento de la calidad pueden usar la información de sus registros médicos para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares al suyo. Los resultados entonces se utilizarán para mejorar de forma continua la calidad de la atención para todos los pacientes que atendemos. Por ejemplo, podemos combinar información médica acerca de varios pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamientos. Podemos dar a conocer información a médicos, enfermeras y estudiantes con propósitos educativos. Y podemos combinar información médica en nuestro poder con la de otras instituciones para detectar dónde podemos realizar mejoras. Podemos retirar de este conjunto de información médica la información que le identifique, con objeto de proteger su privacidad.

También podemos usar y dar a conocer información sobre la salud:

- A socios comerciales contratados por nosotros para realizar los servicios acordados y facturarlos;
- Para recordarle que tiene una cita para atención médica;
- Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios;
- Para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento;
- Para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud;
- Para comunicarnos con usted para comentarle sobre campañas para recaudación de fondos, a menos que usted elija no recibir ninguna de dichas comunicaciones;
- Para informar a Directores Funerarios de conformidad con las leyes aplicables;
- Para actividades basadas en la población y relacionadas con el mejoramiento de la salud o la reducción de los costos de la atención médica; y
- Para llevar a cabo programas de capacitación o para evaluar la competencia de los profesionales de atención médica.

Al dar a conocer información, principalmente respecto a recordatorios de citas y esfuerzos de facturación o cobro, podemos dejar mensajes en su máquina contestadora o correo de voz.

Asociados comerciales: Hay algunos servicios de nuestra organización que se proporcionan a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el departamento de emergencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copiado que utilizamos al sacar copias de sus registros médicos. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar la información sobre su salud a nuestros socios comerciales de modo que puedan llevar a cabo las tareas que les solicitamos y puedan facturarle a usted o a su tercero pagador los servicios proporcionados. Sin embargo, para proteger su información médica, requerimos que nuestros socios comerciales salvaguarden su información de manera adecuada.

Directorio: Podemos incluir cierta información limitada en el directorio de la institución mientras usted sea paciente de la misma. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en las instalaciones, su estado general (por ejemplo: bueno, regular) y su afiliación religiosa. Esta información podrá ser provista a miembros del clero y, excepto por afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por su nombre. Si desea que no se le incluya en el directorio de la institución, por favor solicite la forma para optar por no compartir información. (Opt Out) al personal de admisiones o al funcionario de privacidad de la instalación.

Personas involucradas en su atención o el pago de su atención: Podemos dar a conocer información médica sobre usted a un amigo o integrante de su familia que esté involucrado en su atención médica o que ayude a pagar su atención. Además, podemos dar a conocer información de su salud a una entidad que proporcione asistencia en caso de un desastre, a fin de informar a su familia acerca de su condición, estado y ubicación.

Investigación: Podemos divulgar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la protección de la privacidad de su información médica.

Comunicaciones futuras: Podemos comunicarnos con usted mediante boletines informativos, correos u otros medios respecto a opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas para el manejo de enfermedades, programas de bienestar o aquellas iniciativas o actividades comunitarias en las que participe la instalación.

Arreglo de atención médica organizada: Esta institución y los miembros de su personal médico han organizado y le presentan este documento como un aviso conjunto. La información se compartirá conforme sea necesario para realizar el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los médicos y prestadores de cuidados pueden tener acceso a información médica protegida en sus consultorios para ayudar a revisar el tratamiento previo ya que esto podría afectar el tratamiento actual.

Entidad cubierta afiliada: La información médica protegida estará a disposición del personal de la institución en las instalaciones locales afiliadas conforme sea necesario para realizar el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los prestadores de cuidados en otras instalaciones pueden tener acceso a información médica protegida en sus ubicaciones para ayudar a revisar la información del tratamiento previo ya que esto podría afectar el tratamiento actual. Por favor, comuníquese con el funcionario de privacidad de la institución para obtener más información sobre los sitios específicos incluidos como entidad cubierta afiliada.

Conforme lo requiera la ley, también podemos usar y dar a conocer información médica a los siguientes tipos de entidades, incluyendo, entre otras:

- Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration o FDA)
- Autoridades de salud pública o judiciales a cargo de evitar o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad
- Instituciones penitenciarias
- Agentes de compensación a trabajadores
- Organizaciones de donación de órganos y tejidos
- Autoridades de comando militar
- Agencias de supervisión sanitaria
- Directores de funerales, médicos forenses y directores médicos
- Agencias de seguridad nacional y de inteligencia
- Servicios de protección al Presidente y a otros

Para propósitos de aplicación de la ley/procesos legales: Podemos dar a conocer información médica para propósitos de aplicación de la ley conforme lo requieran las autoridades y en respuesta a una orden válida de un tribunal.

Requerimientos estatales específicos: Muchos estados tienen requerimientos de información que incluyen actividades con base en la población, relacionadas con el mejoramiento de la salud o la reducción de los costos de atención médica. Algunos estados tienen leyes de privacidad separadas que pueden aplicar requerimientos legales adicionales. Si las leyes estatales de privacidad son más rigurosas que las leyes federales de privacidad, la ley estatal sustituirá a la ley federal.

Sus Derechos Acerca de la Información Sobre su Salud

Si bien sus registros médicos son propiedad física del Derecho o de la institución que los compiló, usted tiene Derecho a:

- **Inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia. En ciertas circunstancias muy limitadas, podemos negarnos a satisfacer su solicitud de inspeccionar y copiar. Si se le niega el acceso a la información médica, podrá solicitar que se revise esa decisión. Otro profesional del cuidado de la salud certificado que elija la institución revisará su solicitud y la negación. La persona que realizará la revisión no será la persona que negó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Modificar:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Tiene derecho a solicitar una modificación en tanto la información se conserve en la institución o para la misma. Cualquier solicitud de modificación debe ser enviada por escrito al funcionario de privacidad de la institución. Podemos negar su solicitud de modificación y, si es así, le notificaremos la razón de la negación.
- **Solicitar un conteo de la información divulgada:** Tiene derecho a solicitar un conteo de las divulgaciones. Esto consiste en una lista de determinadas divulgaciones que realizamos sobre su información médica para propósitos que no sean de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para las cuales no haya sido necesario solicitar autorización.
- **Solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación sobre su información médica que utilicemos o divulguemos

para su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite sobre su información médica que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted nos puede pedir que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se sometió.

Toda solicitud de restricción debe enviarse por escrito al funcionario de privacidad de la institución. Se nos exige que aceptemos su solicitud solamente si 1) la divulgación es a su plan de salud y el propósito está vinculado al pago o a operaciones de atención médica (y no a tratamiento) excepto en los casos indicados por la ley, y 2) su información pertenece exclusivamente a servicios de atención médica que usted ha abonado en su totalidad. No se nos exige que aceptemos otras solicitudes. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

● **Solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted para informarle acerca de asuntos médicos, de cierta manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede pedir que le llamemos a su trabajo en vez de a su casa. Sólo aceptaremos solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales a ubicaciones alternas y/o por medios alternos si la solicitud se presenta por escrito e incluye una dirección postal donde la persona recibirá facturas por los servicios prestados por la institución y la correspondencia relacionada con el pago de dichos servicios. Por favor, tome en cuenta que no reservamos el derecho de comunicarnos con usted por otros medios y en otras ubicaciones si usted no contesta a cualquier comunicación de nuestra parte que requiera una respuesta. Le informaremos siguiendo su solicitud original antes de intentar comunicarnos con usted por otros medios o en otra ubicación.

● **Recibir una copia impresa de este aviso:** Usted tiene derecho a tener una copia en papel de este aviso. Nos puede pedir que le demos copia de este aviso en cualquier momento. Aun si estuvo de acuerdo en recibir este aviso por medios electrónicos, usted todavía tiene derecho a tener copia de este aviso en papel. Si la institución cuenta con un sitio web, puede imprimir o visualizar una copia del aviso haciendo clic en el enlace de Prácticas de Privacidad. Para ejercer cualquiera de sus derechos, por favor solicite los formularios requeridos al funcionario de privacidad y envíe su solicitud por escrito.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de poner el aviso revisado o modificado en vigencia para información que ya tenemos sobre usted, como así también cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual será exhibido en la institución y publicado en el sitio web, e incluye la fecha de vigencia. Además, cada vez que usted se registre o sea admitido en la institución para tratamiento o servicios de atención médica como paciente hospitalizado o ambulatorio, pondremos a su disposición una copia del aviso actual en vigencia.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante la institución siguiendo el proceso señalado en la documentación sobre Derechos del paciente de la institución. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Todas las quejas deberán presentarse por escrito. No se le sancionará por presentar una queja.

ÓTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA. Se llevarán a cabo otros usos y divulgaciones de la información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros únicamente si obtenemos su permiso por escrito. Si usted nos da su permiso para usar o divulgar la información médica sobre usted, usted puede revocar por escrito dicho permiso en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted debido a las razones incluidas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podremos retirar ninguna divulgación que hayamos realizado con su permiso, y que se nos requiere que conservemos nuestros registros con respecto a la atención que le hemos proporcionado.

Estella Gonzalez
Telephone Number: 713-791-7142



The Woman's Hospital of Texas

RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

Nosotros los consideramos como socios con el cuidado de salud en el hospital. Cuando usted es bien informado, participa en las decisiones y tratamientos, y se comunica con su doctor y otros profesionales de cuidado de salud, usted nos ayuda que su cuidado de salud sea lo más efectivo posible.

Como paciente del **Hospital De Mujeres De Texas**, usted tiene el **DERECHO** de:

- Recibir una respuesta razonable sobre su tratamiento o servicios médicos por parte del hospital, dentro de la capacidad de la Institución, de su misión establecida y de las leyes y regulaciones que apliquen.
- Al tiempo de ingresar, recibir información acerca de las políticas y derechos del paciente.
- Que sus necesidades especiales sean comunicadas y se apliquen en la mejor manera que pueda el hospital.
- Su cuidado es considerado y respetado en sus creencias y valores.
- Manejo efectivo de dolor.
- Participar con su médico, a tomar decisiones que involucran su cuidado de salud, incluyendo el manejo efectivo del dolor.
- Consentimiento de negar tratamiento, como lo permita la ley durante el tiempo que está internado en el hospital. Si usted se niega a un tratamiento recomendado, se le informará de las consecuencias médicas y tratamiento alternativo que son disponibles.
- Formular una directiva por Adelanto y que los empleados y profesionales que suministran cuidado en el hospital cumplan con estas directivas de acuerdo con la ley.
- Participar en decisiones éticas que puedan ocurrir durante el curso de su cuidado.
- Recibir cuidado en un ambiente seguro y libre de toda forma de abuso y hostigamiento.
- Ser libre del uso de reclusión o de retener, al menos que sea clínicamente necesario y usar como último recurso en la manera menos restrictiva.
- Acceso sin restricciones para comunicar, visitantes, correo, llamadas telefónicas, al menos que sea contraindicar clínicamente.
- Privacidad personal y confidencialidad de información.
- Esperar que su archivo de tratamiento es confidencial, al menos que usted dio permiso para publicar o reportar es requerido o permitido por la ley.
- Acceso, requerir enmienda a, y recibir una contabilidad de revelación de su información de salud como es permitido bajo la ley aplicable.
- Recibir información clínica de experimentos, investigaciones o proyectos educacionales que afecten su cuidado o tratamiento, incluyendo los beneficios esperados, riesgos, malestares y alternativas que puedan ser disponibles.
- Consentir o rechazar tomar parte en la investigación afectando su cuidado.
- Saber que son las reglas y regularizaciones aplicables del cuidado del paciente y conducta que pueda afectar a usted y su tratamiento.
- Pedir y recibir una explicación detallada de su cuenta.
- Ser informado sobre el proceso de una queja. Usted puede quejarse sin que le afecte su cuidado o tratamiento, al departamento Defensor Para el Paciente (713-791-7287) el comité de quejas. Si no está satisfecho/a con el resultado puede hablar al Departamento de Salud de Texas al 1-800-228-1570 o por correo a 1100 West 49th Street, Austin, Texas 78756-3199, o al la Comisión de reglas por teléfono o correo electrónico, 1-800-994-6610, complaint@jointcommission.org
- Que su guardian, familiar o persona legalmente responsable y autorizada pueda ejercer sus derechos, permitido por la ley.
- Recibir a los visitantes que usted designa y el derecho a retirar o negar a los visitantes en cualquier momento.

Como paciente del Hospital de Mujeres De Texas usted tiene la **RESPONSABILIDAD** de:

- Proveer información de su salud, incluyendo enfermedades viejas, hospitalizaciones y uso de medicina.
- Hacer preguntas cuando usted no entienda la información o instrucciones.
- Avisarle al doctor si usted cree que no va poder seguir con su tratamiento.
- Ser considerado de las necesidades de otros pacientes, empleados y el hospital y por asistir en el control del ruido, fumar y número de visitantes que puede tener.
- Tener respeto de la propiedad de otros pacientes y del hospital.
- Proveer información de su aseguranza y por asistir al hospital en el arreglo de un plan de pago, cuando sea necesario.

Un hospital sirve para varias cosas. Hospitales trabajan para mejorar la salud de uno, tratar accidentes y enfermedades; educar a doctores, profesionales de salud, pacientes y miembros de la comunidad; y mejorar el entendimiento de salud y tratamiento de enfermedades. Llevando adelante estas actividades, esta institución trabaja para respetar sus valores y dignidad.

Understanding Price and Payment

Your hospital bill and payment can be confusing.



Up-Front Payment

Our practice is to collect all known fees when you register at the hospital, including deductibles, co-payments, and co-insurance, based on **estimated** charges. Your final bill may be higher or lower than the estimates we use at registration, since it is based on actual charges for services provided. If it is higher, we may ask for additional payment at discharge; if it is lower, we will promptly refund the amount you overpaid.

Payment by Insurance

If you carry health insurance, we will bill your insurance carrier shortly after your visit and then send you an informational letter (**not a bill**) to let you know about it. Your insurance carrier should pay your bill within 60 days.

Your insurance company may contact you for additional information to process your claim. Please respond as quickly as possible to ensure you receive the maximum benefit from your coverage.

You will not receive further communication from the hospital unless the insurance company has not paid your claim or a balance is due from you (e.g., part not covered by your insurance.)

Payment Without Insurance

Our facility offers a discount for patients without health insurance, unless you receive an elective cosmetic procedure. You may ask for information about our Uninsured Discount Program upon registration or at any time during your visit.

After your discount is applied, we will ask for payment of the balance at the time of service. If you are unable to pay, we will work with you to:

- **Set up a payment plan**
- **Obtain coverage through Medicaid**
- **Apply for a Charity discount**

This pamphlet will help you understand your hospital charges, billing procedures, and payment options.

Other Charges

Your hospital bill contains charges or hospital services only - you will be billed separately for other professional services including:

- **Your physician**
- **ER physicians**
- **Radiologists**
- **Hospitalists**
- **Pathologists**
- **Cardiologists**
- **Neonatologists**
- **Anesthesiologist**



Please call the customer service number on that bill if you have questions about any of these charges.

Online Bill Payment

If you have a balance after discharge, the **Patient Financial Resource** website enables you to pay your bill online with a debit or credit card. Just click the **Patient Pricing & Financial Information** logo from our hospital's home page and then click the **Pay Bill** icon to find and pay your bill. You can call Customer Service at **1-800-361-3974** if you have questions; one of our representatives will be happy to help you.



**Knowing your price
can help you prepare.**

Knowing your price and understanding your bill

Questions and Answers

What services are included in my hospital bill estimate?

If you are viewing estimates provided on the website, pricing includes estimated room and board (for inpatients), supplies, nursing care, equipment use, nutritional services, and any services handled by the staff of the hospital within the walls of the hospital.

Can I get an exact pricing quote?

Unfortunately, no. We will do our best to provide you with a pricing range based on our hospital's historical pricing for comparable services. Price quotes are not guaranteed since the services used to compute the quote can vary from services you receive due to treatment decisions, unforeseen complications, additional tests or services ordered by your physician, and variation in the clinical needs of each patient.

More Questions? Check out the **Patient Financial Resource** website for a complete set of questions & answers.

Knowing your price

Our facility now offers you access to the **Patient Financial Resource**, a website that provides pricing estimates for the most frequently used hospital services, online bill payment, and other helpful information such as:

- **Payment options and alternatives for uninsured patients**
- **Guidelines about our billing process**
- **Frequently Asked Questions**



Finding your price

Just click the **Patient Pricing and Financial Information** logo from our hospital's home page to get started.

If you're already in the hospital, can't get to the internet, or wish to speak with one of our friendly Customer Service representatives, you can call the hotline at **1-888-246-3812**.

We are available to answer any questions you may have concerning your hospital bill.

Customer Service:

Look for this icon on the facility website- click it!



Marketing Communications Authorization

The Woman's Hospital of Texas would like to notify you when additional medical services, promotions, special offers and similar services are available and/or send other marketing materials that may be of interest to you. This notification may be in the form of a written or electronic communication and may include, but not be limited to, the receipt of promotional announcements, newsletters, information about various health care conditions and preventative care services and other forms of communication about the facility's services (collectively, referred to as "Marketing Communications"). To be able to communicate and offer such information to you, your written permission is required to comply with state and federal laws. If you would like to receive Marketing Communications, please review and sign the authorization below.

I also authorize The Woman's Hospital of Texas to send Marketing Communications, in writing or email format, to me about medical services, special offers, marketing and/or other medical information that may be of interest. I authorize The Woman's Hospital of Texas to disclose my name, address and personal health information ("PHI") about the types of services received from The Woman's Hospital of Texas to its business partners. This disclosure may be made in exchange for compensation or other remuneration to The Woman's Hospital of Texas. I understand that if The Woman's Hospital of Texas provides my name and address to its business partners, the business partners may or may not contact me and may or may not disclose my name and address to other persons.

This authorization will expire 10 years after the date it is signed. I understand that any PHI disclosed pursuant to this authorization to an individual or entity that is not covered by state and federal privacy laws and regulations may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.

I may revoke this authorization at any time by providing written notice stating that this authorization is cancelled to the Marketing Department of The Woman's Hospital of Texas. I understand that upon receipt of my cancellation notice of this authorization, The Woman's Hospital of Texas has 45 days to remove my name from any mailing list. I also understand that my revocation of this authorization is not effective to the extent that The Woman's Hospital of Texas or any of its business partners has relied upon it for the use or disclosure of PHI prior to receiving my written cancellation notice.

I understand that I have a right to receive a copy of this authorization. I also understand that I can still receive services from The Woman's Hospital of Texas even if I refuse to sign this form.

I authorize the release of the information for the purpose and to the extent described above. I hereby release The Woman's Hospital of Texas from any and all liability that may arise from the release of my information as I have directed.

Patient/Authorized Representative Signature: X _____ If you are not the patient, please identify your Relationship to the patient. (Circle or mark relationship(s) from list below): Spouse Parent Legal Guardian Neighbor/Friend Sibling Healthcare Power of Attorney Other (please specify): _____	Witness Signature and Title: X _____ Additional Witness Signature and Title: (required for patients unable to sign without a representative or patients who refuse to sign) X _____
--	---