

## CONSENTIMIENTOS / AUTORIZACIONES / DIVULGACIONES

Por la presente doy mi consentimiento de forma voluntaria para que mi médico, sus asistentes o sus colaboradores me proporcionen atención hospitalaria, incluyendo procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico, según considere necesario a su juicio. Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes en el hospital.

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el hospital acceda, reciba y vea los resultados e informes de mis pruebas de diagnóstico durante mi tratamiento y examen, de parte de cualquiera de mis proveedores de atención médica, incluidos, entre otros, mis hospitales y médicos actuales y anteriores.

### ATENCIÓN / RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El paciente está bajo la atención y la supervisión de su médico tratante y de los consultores seleccionados por dicho médico. Es responsabilidad del hospital y de su personal cumplir las instrucciones de los médicos. Como paciente, se le cobrarán y facturarán todos los servicios hospitalarios prestados bajo la atención y supervisión de su médico. Además, todos los médicos que le presten servicios al paciente, incluidos el radiólogo, el patólogo, el anestesista, los médicos del centro de emergencias y demás médicos, son contratistas independientes, no son empleados ni agentes del hospital, y le facturarán directamente por estos servicios. **Pueden realizarse grabaciones o filmaciones con fines de identificación, diagnóstico o tratamiento.**

El hospital solo proporciona atención de enfermería general, a menos que el médico ordene que se le proporcione al paciente una atención de enfermería más intensiva. Si la afección del paciente requiere el servicio de un enfermero o cuidador especial, el mismo debe ser coordinado por el paciente o por su representante, ya que el hospital no proporciona estos cuidados especiales. Si se colocan barandillas laterales protectoras en la cama del paciente y se elevan para protegerlo, o si se ordenan elementos de restricción para su protección, el paciente asume cualquier riesgo de lesión o daño si este o su representante se niegan a permitir que se eleven dichas barandillas laterales o que se utilicen dichos elementos de restricción.

### OBJETOS PERSONALES DE VALOR

El hospital dispone de una caja fuerte para proteger el dinero y los objetos de valor. El hospital no se hace responsable por la pérdida o daños a cualquier propiedad no depositada en la caja fuerte.

### PACIENTES DE MEDICARE / MEDICARE HMO

Reconozco que me han proporcionado una copia del aviso titulado "Mensaje importante de Medicare" en el que se detallan mis derechos como paciente de Medicare o Medicare HMO y el procedimiento para solicitar una revisión por parte de la Organización de Revisión de Pares en esta área.

### PACIENTES DE CHAMPUS / CHAMPVA

Si el paciente está cubierto por CHAMPUS/CHAMPVA, se le ha proporcionado a él o al garante el formulario "Mensaje importante de Tricare".

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Su firma autoriza al hospital, y a cualquier médico que le preste servicios, a divulgar información médica y de cualquier otro tipo sobre usted, que pueda ser necesaria para completar reclamos de seguros, revisar servicios o recibir beneficios. Dicha información puede incluir su historia clínica actual. La información puede divulgarse a terceros pagadores, incluidos su agente o representante. La información también puede compartirse con fabricantes de medicamentos para solicitar ayuda; y le da permiso al hospital para completar formularios de solicitud y firmar en su nombre. Su firma autoriza a los organismos reguladores y de acreditación a acceder a su historia clínica con el fin de evaluar la atención o los servicios prestados al paciente. El hospital destruirá las historias clínicas una vez que haya cumplido con todos los requisitos de retención de conformidad con las leyes estatales y federales.

En consideración de los servicios prestados, por la presente cedo y transfiero irrevocablemente al hospital, para mí y mis dependientes, todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por los servicios prestados provistos en cualquier póliza de seguro bajo la cual cualquiera de mis dependientes o yo estemos asegurados. Estos servicios incluirán el pago directo al anestesista, patólogo y radiólogo y a otros médicos tratantes que presten servicios profesionales. Cada persona que firme el consentimiento de admisión es financieramente responsable de los cargos no cobrados en esta asignación por los servicios prestados. Dicha cesión y transferencia irrevocables tendrán el propósito de otorgarle al hospital el derecho independiente de resarcimiento de cualquiera (cualesquiera) póliza(s) de seguros, a la(s) cual(es) se puedan pagar beneficios por esta hospitalización o tratamiento ambulatorio, pero no se interpretará como una obligación del hospital de procurar tales derechos o resarcimientos. También cedo irrevocablemente al hospital todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por cualquier acción de un tercero contra cualquier otra persona, entidad o compañía de seguros, o para el resarcimiento en virtud de las disposiciones sobre conductores no asegurados o sobre pagos médicos de cualquier (cualesquiera) póliza(s) de seguro de automóvil o de cualquier (cualesquiera) otra(s) póliza(s) de seguro en virtud de la cual yo pueda tener derecho a resarcimiento.

El hospital es miembro de un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) que incluye médicos, hospitales y seguros médicos. Autorizo al hospital a divulgar mi información de salud protegida mediante el HIE para fines limitados a tratamiento, pago y operaciones médicas. La información sobre el HIE está disponible a solicitud.

### COMUNICACIÓN

Autorizo al centro y a los proveedores, junto con cualquier servicio de facturación y agencia de cobranza o abogado que pueda trabajar en su nombre, a ponerse en contacto conmigo llamando a mi teléfono celular o residencial utilizando mensajes pregrabados, mensajes de voz digitales, dispositivos de marcación telefónica automática o cualquier otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto o por cualquier otra forma de comunicación electrónica. Comprendo y reconozco que no estoy obligado a aceptar dicha comunicación como condición para adquirir bienes o servicios del centro y de los proveedores.

**DERECHOS DEL PACIENTE / AUTORIZACIONES**

Reconozco que recibí una copia de la declaración de “Derechos y responsabilidades del paciente” y del “Resumen de la política de asistencia financiera”, y que información respecto a descuentos y asistencia financiera está disponible a solicitud. Tuve la oportunidad de revisar y hacer preguntas y recibí respuesta a dichas preguntas.

En consideración de los servicios que se le prestarán al paciente, este u otra persona legalmente responsable que firme este Consentimiento de admisión autoriza la investigación crediticia y asume de manera individual la responsabilidad financiera total por el pago de la cuenta del paciente de acuerdo con las tarifas y términos regulares del hospital. Si la cuenta se remite a un abogado o a una agencia de cobranza, la misma persona se compromete a pagar los honorarios reales del abogado y los gastos de cobranza. Todas las cuentas morosas pueden devengar intereses a la tasa legal. Si se requieren servicios de caridad, se debe solicitar la determinación de elegibilidad al momento de la admisión al hospital o al recibir la factura detallada o el estado de cuenta. Hay información sobre descuentos y asistencia financiera disponible a solicitud.

**Reconozco que recibí una copia de este formulario, que se me explicó de manera detallada y certifico que comprendo su contenido.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
El paciente no puede firmar porque

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora



## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente, usted tiene derecho a:

1. Recibir una declaración por escrito de sus derechos.
2. Recibir visitas, con su consentimiento, de quienes usted autorice mientras recibe tratamiento en el hospital. Se le notificará sobre cualquier restricción o limitación clínicas, si corresponde. Usted tiene derecho a retirar dicho consentimiento en cualquier momento.
3. Recibir atención médica sin discriminación por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo (incluyendo transgénero), orientación sexual, edad o discapacidad.
4. Asistencia para que las personas con dominio limitado del idioma inglés se puedan comunicar, o medios de ayuda y servicios auxiliares adecuados, como formatos alternativos e intérpretes de lenguaje de señas, cuando sean necesarios para lograr una comunicación eficaz.
5. Participar en el desarrollo y en la implementación de su plan de atención y, si lo desea, nombrar a un representante para que tome decisiones de atención médica en su nombre. Como paciente, es responsable de seguir las instrucciones y de proporcionar información sobre su historia o su afección actual.
6. Tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Usted puede participar en su plan de atención haciendo preguntas, y es responsable de informarnos si no comprende las decisiones de atención médica relacionadas con su curso de tratamiento.
7. Recibir, como beneficiario de Medicare, y de conformidad con la sección 489.27(b) del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), el aviso "Mensaje importante de Medicare" (IM, por sus siglas en inglés) dentro de los dos días posteriores a la admisión. Además, el IM también se le debe proporcionar a cada beneficiario de Medicare dentro de los dos días previos a su alta prevista cuando la duración de la estadía sea superior a dos días.
8. Atención en la que se tomen en cuenta y se respeten sus valores y creencias personales.
9. Establecer directivas anticipadas y que el personal del hospital y los profesionales de la salud que estén a cargo de usted las cumplan.
10. Hacer que se le notifique su admisión de inmediato a un familiar, a un representante de su elección o a su médico particular.
11. Asesoramiento pastoral a solicitud.
12. Privacidad personal. Se le tratará con respeto y consideración. Usted es responsable de ser respetuoso de manera recíproca.
13. Recibir atención en un entorno seguro y estar libre de toda forma de abuso o de acoso.
14. La confidencialidad de su historia clínica y el derecho a limitar la liberación o divulgación de información, como su presencia en el centro o ubicación en el hospital, o información personal como nombre, edad, dirección, ingresos e información de salud sin el consentimiento previo del paciente y de conformidad con la ley y la regulación.
15. Obtener información contenida en su historia clínica en un plazo de tiempo razonable.
16. Estar libre de elementos de restricción o de reclusión de cualquier tipo que no sean médicamente necesarios o que se usen como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.
17. Aceptar o rechazar la atención, en la medida en que lo permita la ley, y ser informado de las consecuencias médicas previstas de dichas acciones. En caso de que rechace la atención, usted es responsable de los resultados y de las consecuencias de dichas decisiones.
18. Acceso a servicios de protección.
19. Ser informado sobre los resultados de la atención, incluidos los resultados imprevistos.
20. Evaluación y manejo adecuados de su dolor.
21. Participar en cuestiones éticas que surjan durante su atención, incluyendo cuestiones de resolución de conflictos, abstención o servicios de reanimación, renuncia o suspensión de tratamientos para la prolongación de la vida y participación en estudios de investigación o en ensayos clínicos.
22. Esperar que la continuidad de su atención se lleve a cabo de forma responsable, incluido el derecho a que se le informe sobre sus necesidades de continuidad de la atención médica después del alta.
23. Examinar y recibir una explicación de su factura del hospital, independientemente de la fuente de pago. El paciente / garante es responsable de cumplir con los compromisos financieros con el hospital.
24. Acceso a un defensor del paciente para obtener ayuda con la resolución de quejas o para presentar una reclamación cuando el personal presente no pueda resolver un problema con prontitud.

El hospital cuenta con un defensor del paciente designado. Esta persona actuará en su nombre o en el de su representante. Dicho defensor es responsable de revisar, investigar y analizar las quejas y hacer recomendaciones a la administración del hospital para su resolución. Si en algún momento desea hablar con nuestro defensor del paciente, puede hacerlo en la dirección o llamando al número de teléfono que se indican a continuación:

Baptist Hospitals of Southeast Texas  
C/O Patient Advocate (Defensor de los derechos de los pacientes)  
P. O. Box 1591  
Beaumont, Texas 77704  
Teléfono: (409) 212-5638

Todo paciente, o su sustituto en la toma de decisiones, que considere que se han violado sus derechos o que tenga quejas relacionadas con inquietudes en cuanto a la calidad de la atención médica o problemas de seguridad y desee presentar una queja directamente ante una agencia reguladora puede, en cualquier momento, ponerse en contacto con nuestro organismo de acreditación, **el Centro para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Médica (CIHQ, por sus siglas en inglés)**, por cualquiera de los siguientes medios: **En línea:** <https://cihq.org/complaint>; **Teléfono:** (512) 661-2813; **Fax:** (805) 934-8588; **Correo postal:** P.O. Box 1540, Mexia, TX 76667 ATTN: Chief Executive Officer

O puede ponerse en contacto con el Registro de Quejas e Incidentes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, Mail Code E-249, P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9030, o llame al (888) 973-0022.