Salem Health

Condiciones Para La Admisión

SALEM HEALTH
An OHSU Partner

CONSENTIMIENTO MEDICO: El suscrito consiente a los procedimientos que podrían efectuarse durante esta hospitalización o durante el tratamiento como paciente externo, incluyendo tratamiento o servicios de emergencia, lo cual puede incluir procedimientos de laboratorio, rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia, o servicios de hospital administrados al paciente, sin limitarse a éstos, bajo las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente. Entiendo que podrían fotografiarme o hacer videos para documentar mi tratamiento o condición médica, o con el propósito de obtener documentación para una revisión de calidad.

Firma del paciente o del representante del paciente _____ Fecha/Hora _____

LOS DOCTORES SON PROFESIONALES MEDICOS INDEPENDIENTES: Entiendo que la mayoría de los médicos, y cirujanos que brindan servicios al paciente, incluso el radiólogo, el patólogo, el anestesiólogo y otros semejantes a ellos, son profesionales médicos independientes y no son empleados ni agentes del hospital. Algunos de esos médicos facturarán sus servicios por separado. El paciente está bajo la atención y supervisión del médico de su caso y es la responsabilidad del hospital y del personal de enfermería, cumplir con las instrucciones de ese médico. Es la responsabilidad del médico o cirujano del paciente obtener el consentimiento informado del paciente, en caso necesario, para un tratamiento médico o quirúrgico, para procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o para servicios del hospital administrados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico.

RESPONSABILIDAD POR TODA PROPIEDAD PERSONAL: Entiendo que el hospital tiene una caja fuerte incombustible para la protección de dinero y artículos de valor y que el hospital no será responsable por pérdidas, ni daños a ningún dinero, joyas, documentos u otros artículos de valor fuera de lo común y de tamaño reducido, a no ser que se coloquen en dicha caja fuerte. También entiendo que el hospital no será responsable por pérdida o daño a anteojos, dentaduras postizas, audífonos, lentes de contacto, u otros artículos. Entiendo que el hospital no puede asumir responsabilidad por la seguridad de equipo eléctrico que traigan los pacientes. Por lo tanto, no se permite el uso de ningún aparato o equipo eléctrico, aparte de los que mantiene el hospital. Entiendo que el hospital se deshacerá de acuerdo a sus reglamentos de toda pertenencia personal no reclamada por el paciente dentro de los 30 días de su egreso.

CONTRATO FINANCIERO: Yo me comprometo a pagar al hospital según los cargos y términos normales del hospital por los servicios prestados. Entiendo que tengo la responsabilidad económica de pagar cargos no cubiertos por mi seguro u otra agencia. **Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad deducible del seguro y del coseguro.** Si mi compañía de seguros exige que el médico de la atención primaria de mi salud, dé su autorización para que me atiendan y el hospital aún no la ha recibido, seré yo el responsable por todo cargo no cubierto por mi póliza de seguro.

ASESORÍA FINANCIERA: Se ofrece asesoría para determinar las posibilidades y /o elegibilidad de recibir un descuento caritativo. Un informe de crédito podría ser obtenido para verificar información financiera. Si para cobrar la cuenta hay que ponerla en manos de un abogado, pagaré honorarios legales razonables y costos de cobro, presentándose o no presentándose una demanda. Todas las cuentas son pagaderas en su totalidad en el momento de ser cobradas, a no ser que exista una cobertura de seguros válida. Si el seguro médico deniega el pago, el balance podría ser mi responsabilidad. Si tengo una cuenta de vencimiento atrasado, que se define como tal, al estar 180 días pasada de la fecha del servicio, entiendo que podría exigírseme pagar intereses por el saldo pendiente.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Autorizo que se paguen directamente al hospital los beneficios del seguro, inclusive Medicare o Medicaid u otros planes de salud que en otras circunstancias se me pagarían a mí para saldar la cuenta del paciente. Autorizo pago directo a los médicos y laboratorios por cuentas afines. El suscrito entiende que él/ella asume la responsabilidad financiera por todos los cargos que no se hayan pagado de conformidad a este acuerdo.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE: He recibido una copia del artículo titulado "Mensaje importante de Medicare."

Iniciales del paciente _____

PLAN DE SALUD DE OREGON: Autorizo que mi nombre y apellido y datos de ingreso se entreguen al Oregon Health Plan (OHP). Entiendo que puedo solicitar beneficios por medio de OHP. La cobertura puede ser retroactiva a la fecha del ingreso. Entiendo que Outreach Services puede ponerse en contacto conmigo con relación a los cargos del hospital. ☐ Sí ☐ **No Iniciales del paciente** _____

Yo declaro que he leído este contrato financiero. Soy el paciente, o tengo autorización para ser el agente o representante del paciente para ejecutar el contrato y aceptar sus términos de parte del paciente. Acepto individualmente toda responsabilidad económica firmando abajo.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Representante para ejecutar los deseos del paciente: ☐ Poder notarial para decisiones sobre la atención médica ☐ Padre de un menor ☐ Tutor ☐ Padre suplente ☐ Otro

Nombre y apellido con letra de imprenta _____

Firma del paciente o de su representante _____ Fecha/Hora _____

RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DEL PACIENTE: Reconozco haber recibido el folleto titulado "Derechos y Responsabilidades del Paciente". Iniciales del paciente _____

AVISO DE PRACTICAS DE PROTECCION DE LA INFORMACION PRIVADA: Reconozco haber recibido una copia del folleto de esta instalación titulado "Aviso de Prácticas de Protección de la Información Privada". **Iniciales del paciente** _____

WHITE – ORIGINAL YELLOW – PATIENT

PATIENT LABEL

DSC 172644 (2/16)