



ESTADO DE TEXAS
CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CUIDADOS HOSPITALARIOS

- 1. CONSENTIMIENTO GENERAL:** Doy mi consentimiento para que _____ (el "Centro") me brinde los servicios médicos y el tratamiento que mi médico u otro personal médico haya indicado. Mi consentimiento incluye pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio y radiografías), inyecciones, inmunizaciones, medicamentos y otros tratamientos médicos. Tengo el derecho de tomar decisiones sobre mi cuidado. Sé que tengo el derecho de hablar sobre el tratamiento y los procedimientos con el médico antes de que se realicen. También tengo el derecho de aceptar o rechazar cualquier tratamiento. Cuando sea apropiado, doy mi consentimiento para recibir cuidados mediante una videoconferencia interactiva, lo que permite que un médico en otro lugar me brinde tratamiento y/o aconseje o colabore con mi proveedor local de cuidados médicos para tomar decisiones sobre los cuidados que se me brindan. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta. Nadie me ha garantizado resultados. El cuidado médico que reciba en el Centro estará a cargo de un proveedor independiente, que no es un empleado del Centro. El Centro no es responsable del cuidado médico, el juicio clínico ni el plan de cuidado brindado por personas que no sean sus empleados.
- 2. COVID-19:** Reconozco que el coronavirus 2019 (COVID-19) es un virus nuevo que se propaga fácilmente entre las personas, y se ha propagado en esta área y en todo el estado, y estados cercanos. Todavía se está investigando mucho sobre este virus, pero los estudios han demostrado que se propaga cuando alguien con el virus habla, tose, o estornuda y se inhalan las gotas liberadas en el aire o cuando otra persona toca una superficie donde cayeron estas gotas. Como tal, entiendo que puedo estar expuesto y contagiarme esta enfermedad en cualquier lugar, y que evitar la transmisión es extremadamente difícil de controlar a la perfección en cualquier entorno. Sin embargo, entiendo que el Hospital ha implementado numerosas medidas de seguridad diseñadas para protegerme a mí y a otros de la exposición al virus, y estoy de acuerdo en cumplir con todos esos requisitos del Hospital. Confirmando que he informado al personal del Hospital sobre cualquier posible síntoma de COVID-19 que yo, o alguna persona con la que convivo, haya presentado recientemente o esté presentando actualmente, así como cualquier exposición conocida a personas que se sospecha o se sabe que portan el virus.
- 3. Pertenencias personales:** Entiendo que soy responsable de mis pertenencias personales mientras esté en el Centro. El Centro no es responsable de la seguridad de mis pertenencias.
- 4. Asistencia financiera:** Si no puedo pagar mis facturas médicas del Centro, puedo ser elegible para recibir cuidados caritativos u otros ajustes. Me han ofrecido una copia impresa del resumen en lenguaje claro del Centro o de su Política de Asistencia Financiera. La política completa, así como información adicional, están disponibles en: www.christushealth.org/charitycare.
- 5. Divulgación de información:** Autorizo al Centro a divulgar información de salud con fines de pago y otros motivos permitidos por la ley. La ley permite la divulgación de mi información a otros proveedores para mi cuidado tal como se indica en el Aviso de Prácticas de Confidencialidad del Centro. Estoy de acuerdo en que todos los registros relacionados con mi tratamiento son propiedad del Centro. Entiendo que los expedientes médicos y la información de facturación creados o almacenada por el Centro están disponibles para el personal del Centro, voluntarios, profesionales de la salud aliados y el personal médico. Estas personas pueden usar y divulgar mi información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con el cuidado médico.
- 6. Beneficios de Medicare/Medicaid:** Si corresponde, certifico que la información brindada por mí al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier entidad que posea información médica u otra información sobre mí a divulgarla a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios según sea necesario para este reclamo u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos al médico u organización que haya prestado los servicios. Si tengo Medicare/Medicaid, mis obligaciones financieras pueden estar limitadas por la ley.
- 7. Comunicación:** Autorizo al Centro (incluyendo cualquier servicio de facturación, agencia de cobro, agente o contratista en nombre del Centro o del contratista) a contactarme por teléfono a cualquier número que haya proporcionado al Centro en cualquier momento. El Centro también puede contactarme en cualquier número que pueda obtener para mí en el futuro, incluyendo los números de teléfono celular, lo que podría resultar en cargos para mí. El Centro puede utilizar mensajes de correo de voz pregrabados o artificiales y el uso de un dispositivo de marcado automático o sistemas de marcado telefónico automatizados. El Centro puede enviarme mensajes de voz, mensajes de texto o correos electrónicos. Autorizo a que el Centro me contacte utilizando cualquier dirección de correo electrónico que le haya brindado o cualquier dirección de correo electrónico que el Centro pueda obtener para mí en el futuro.

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR
CUIDADOS HOSPITALARIOS



* H O S C O N *

MRF EFC FF 0019

Rev 7/2020

Página 1 de 4



STATE OF TEXAS
HOSPITAL CARE CONSENT

8. Pruebas después de una exposición accidental y reporte estatal; Si un trabajador de la salud toca accidentalmente mi sangre u otros fluidos corporales, la ley estatal permite que el Centro me haga pruebas para ciertas enfermedades. Estas enfermedades incluyen el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, en inglés). Se llevan a cabo estas pruebas para proteger a los trabajadores de la salud. No se me cobrará por tales pruebas. Entiendo que el Centro está obligado por ley a reportar ciertas enfermedades infecciosas, como el HIV y la tuberculosis, al departamento de salud estatal o a los Centros para el Control de Enfermedades.
9. **Fotografía:** Doy mi consentimiento para que el Centro me grabe en video, me fotografíe, me monitoree en video o tome otras grabaciones de mí o de partes de mi cuerpo con fines de diagnóstico, tratamiento, investigación o seguridad del paciente. Estas grabaciones podrían usarse para educación médica, mejora de la calidad, investigación, o por otras razones relacionadas con el tratamiento o las operaciones. Si se utilizan las grabaciones o las imágenes, mi identidad no será revelada. Hablaré con mi médico si no quiero que mis grabaciones se utilicen para estos fines.
10. **Ética:** El Centro es un ministerio de salud católico dedicado a ayudar a los enfermos y heridos en cumplimiento con las *Directivas Éticas y Religiosas para los Centros de Salud Católicos*. No se puede utilizar el Centro para procedimientos que violen las directrices.
11. **Enseñanza y observación:** Entiendo que el Centro puede ser un centro de enseñanza. Autorizo a los médicos residentes, los estudiantes y los becarios ("fellows") que tengan una afiliación formal con el Centro a participar en mis cuidados, bajo la supervisión de los médicos tratantes y conforme a las políticas del Centro. Los estudiantes, los residentes y los becarios de otros programas no afiliados, así como los proveedores, pueden observar mi cuidado de acuerdo con las políticas del Centro y con la aprobación de mi médico tratante.
12. **Asignación de beneficios:** En consideración a los servicios prestados y por prestarse, cuya suficiencia reconozco por medio de la presente, asigno y transfiero irrevocablemente a CHRISTUS _____ (denominado en lo sucesivo como el "Hospital") todo derecho, título, e interés sobre cualquier y todos los reclamos o beneficios a pagar por servicios hospitalarios recibidos en el pasado o a recibir en el futuro, que se contemplan en todas y cada una de las pólizas de seguros, planes de beneficios para empleados, y/o acciones de terceros contra cualquier otra persona o entidad (denominados en lo sucesivo como "Beneficios") de los cuales mis dependientes o yo podamos tener derecho a cobrar. Asimismo, por la presente, cedo y transfiero irrevocablemente al Hospital todo derecho, título, e interés sobre todas y cada una de las causas de acción contra todas las compañías de seguros, planes de beneficios para empleados, aseguradoras de responsabilidad civil, administradores de terceros, agraviados, y/o cualquier otra persona o entidad responsable del pago (denominado en lo sucesivo como "Partes Responsables") de los beneficios y, por la presente, nombro al Hospital como mi apoderado, con facultad de sustitución, para demandar, o de otro modo obtener de las Partes Responsables el pago de los Beneficios. Esta cesión y transferencia irrevocable tiene como finalidad otorgar irrevocablemente al Hospital un derecho independiente de recuperación de Beneficios contra cualquier Parte Responsable, a su entera discreción, pero no se interpretará como una obligación del Hospital de ejercer dicho derecho. Por la presente, instruyo y autorizo irrevocablemente a todas las Partes Responsables a pagar directamente al Hospital todos los Beneficios y cantidades adeudadas por los servicios prestados por el Hospital sin necesidad de un requerimiento o autorización adicional por escrito de mi parte. Además, autorizo y ordeno irrevocablemente que cualquier Parte Responsable proporcione copias de cualquier póliza de seguro, planes de beneficios para empleados o cualquier otro documento solicitado por el Hospital sin necesidad de un requerimiento o autorización adicional por escrito de mi parte. Entiendo que en el caso de que el Hospital no reciba el pago completo a través de mis pólizas de seguro, esta asignación no me exime de mi obligación y responsabilidad hacia el Hospital por el pago de los servicios y artículos que el Hospital me haya brindado. Acepto pagar al Hospital todos los cargos incurridos por mí, o, en su defecto, todos los cargos que excedan las sumas efectivamente pagadas por mis pólizas de seguro. Tenemos el derecho de aplicar los fondos disponibles en cualquiera o en todas sus cuentas con nosotros y nuestras entidades afiliadas, que de otro modo se le pagarían a usted, para cubrir cualquier deuda existente previa o futura que usted tenga con nosotros. Al ejercer este derecho de compensación, reduciremos los fondos de su(s) cuenta(s) por el monto de la deuda, sin estar obligados a notificarle con antelación. Los efectos y consecuencias de esta cesión irrevocable y de mis responsabilidades financieras me han sido explicados de manera completa y clara, y firmo este documento de forma libre y sin coacción.

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR
CUIDADOS HOSPITALARIOS



MRF EFC #F 0019

Rev 7/2020

Página 2 de 4

A H O S C O N A

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CUIDADOS HOSPITALARIOS

13. **Divulgación de la facturación del saldo:** Los servicios profesionales brindados por profesionales de la salud independientes no forman parte de la factura del hospital. Estos servicios se facturarán al paciente por separado. Por favor, tenga en cuenta que algunos médicos u otros profesionales de la salud pueden ser convocados para brindar atención o servicios en su nombre, aunque usted no necesariamente sea visto o examinado directamente por todos ellos. Por ejemplo, puede que no tenga contacto con los médicos que prestan servicios de radiología, patología o interpretación de electrocardiogramas. En muchos casos, habrá un cargo por separado por los servicios profesionales prestados por los médicos a usted o en su nombre, y recibirá una factura por estos servicios profesionales por separado de la factura por los servicios hospitalarios. Es posible que estos profesionales de la salud independientes no participen en su plan de salud y usted puede ser responsable del pago del total o parte de los honorarios por los servicios prestados por estos médicos que han brindado servicios fuera de la red, además de los montos aplicables adeudados por copagos, coseguro, deducibles y servicios no cubiertos. Lo alentamos a ponerse en contacto con su plan de salud para determinar si los profesionales de la salud independientes están participando en su plan de salud. Para obtener la información más precisa y actualizada sobre profesionales de la salud independientes dentro y fuera de la red, por favor comuníquese llamando al número de atención al cliente de su plan de salud o visite su página web. Su plan de salud es la fuente principal de información sobre su red de proveedores y beneficios. Para ayudarle a determinar si los profesionales de la salud independientes que prestan servicios en esta instalación están participando en su plan de salud, este centro de cuidados médicos le ha brindado una lista completa de los nombres e información de contacto de cada individuo o grupo.
14. **Instrucciones anticipadas y derechos del paciente:** El Centro me entregó una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente cuando llegué al hospital. Entiendo también que puedo solicitar una copia adicional en cualquier momento. Los Derechos y Responsabilidades del Paciente incluyen información sobre las instrucciones anticipadas, mi derecho a rechazar tratamiento médico y mi derecho a recibir visitas o nombrar a alguien que pueda ejercer los derechos de visita del paciente en mi nombre, si yo no puedo hacerlo. Si le doy al Centro una instrucción anticipada, el personal encargado de mi atención la seguirá en la medida permitida por la ley. También tengo el derecho de dar mi consentimiento para una orden de no reanimar (DNR, en inglés), y puedo cambiar de opinión sobre dicha orden en cualquier momento. Tengo el derecho a saber si mi médico realiza cambios en las órdenes relacionadas con la reanimación.
- ___ (Iniciales) He rechazado una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, y entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento.
15. **Aviso de prácticas de privacidad:** He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro en esta visita o en una visita anterior. El Centro me dará una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento que la solicite.
- ___ (Iniciales) Confirmando haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHRISTUS.
16. **Directorio del Centro:** *A menos que me oponga, el Centro incluirá mi nombre, ubicación en la instalación (número de habitación) y condición general en el Directorio del Centro. La información del directorio está disponible para las personas que llaman o visitan y que preguntan por los pacientes por su nombre. La información del directorio y la afiliación religiosa (si se proporcionó al Centro) están disponibles para los miembros del clero incluso si no preguntan por los pacientes por nombre. Si me opongo, seré excluido del Directorio del Centro. (Si se opone, escriba sus iniciales a continuación)*
- ___ **NO QUIERO** que se incluya ninguna información sobre mí en el Directorio del Centro. Entiendo que el correo, las flores, las llamadas telefónicas y las visitas serán rechazadas en mi nombre porque el personal del hospital no puede confirmar mi presencia en el hospital. Si hago llamadas telefónicas desde el hospital, el identificador de llamadas puede mostrar a los destinatarios de las llamadas que estoy llamando desde el hospital.

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR
CUIDADOS HOSPITALARIOS**



ESTADO DE TEXAS
CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CUIDADOS HOSPITALARIOS

17. Información del seguro:

Seguro principal:

Seguro secundario:

Seguro terciario:

___ (Iniciales) Reconozco que he proporcionado al Centro información de seguro completa y correcta en el orden de presentación que se indica arriba.

RECONOCIMIENTO: Al firmar a continuación, certifico que he leído este documento, entiendo su contenido y acepto los términos. Reconozco que soy el paciente o soy el representante legal autorizado y/o la persona responsable del pago de los gastos del paciente. Una fotocopia o una copia enviada por fax de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre del paciente

Nombre del representante legalmente autorizado (Si no es el paciente)

Relación con el paciente

Representante del Centro

Fecha

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR
CUIDADOS HOSPITALARIOS**



Nota de explicación

Clínicas ortopédicas ambulatorias afiliadas al hospital

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Responsable del pago, si no es el paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Gracias por elegir a su médico y a CHRISTUS Santa Rosa Hospital –*Medical Center* para ayudarlo con sus necesidades de cuidados médicos.

Compartimos esta nota para informarle que está siendo atendido en una clínica afiliada que forma parte de CHRISTUS Santa Rosa Hospital –*Medical Center*. Los pacientes que visiten una clínica afiliada recibirán una factura de su médico por cualquier servicio profesional (servicios médicos) brindados y una factura por separado de CHRISTUS Santa Rosa Hospital –*Medical Center* por montos relacionados con las instalaciones. El modelo de clínicas afiliadas requiere que estos cargos se dividan y se facturen por separado. Esto es similar a la forma en que CHRISTUS factura por otros servicios hospitalarios como el departamento de emergencias, servicios de terapia, servicios de laboratorio y procedimientos quirúrgicos donde los médicos facturan individualmente por sus servicios. Por eso los pacientes recibirán una factura del hospital y del médico.

El monto concreto del que usted será responsable, si corresponde, se basará en su plan de seguro individual y tomará en cuenta las tarifas contratadas de su plan para los servicios brindados y luego aplicará cualquier deducible, copagos o coseguro. El seguro secundario, si corresponde, también podría afectar el monto que debe.

Por ejemplo:

Visitas al consultorio Su médico emite una factura por el componente médico de la visita (\$50–\$100*); CHRISTUS Santa Rosa factura la parte correspondiente al uso de las instalaciones (\$115–\$155*)

Radiografías Su médico factura por la interpretación de la radiografía (\$7–\$15*); CHRISTUS Santa Rosa factura por la radiografía en sí (la mayoría entre \$80 y \$250 cada una).

Inyecciones Su médico puede recomendar la administración de una o más inyecciones como parte de su plan de tratamiento. Cuando reciba una factura de CHRISTUS por la(s) inyección(es), aparecerá como 361 OR SVC MINOR SURGER (servicios de quirófano: cirugía menor). Esta definición fue determinada por la agencia gubernamental que regula los códigos que CHRISTUS Health y todos los demás centros de cuidados médicos utilizan para facturar a los pacientes. El monto estándar para la administración de medicamentos es \$236*. Esto es aparte del honorario profesional del médico por la aplicación del medicamento mediante inyección.

*Los montos indicados anteriormente reflejan los cargos totales no necesariamente los gastos que el paciente deberá pagar de su bolsillo.

El costo del medicamento se incluirá por separado usando el código 636 Drug SPEC ID DETAIL (Medicamentos: detalle de identificación específico). El monto a cobrar por los medicamentos variará dependiendo de lo que indique su médico. Algunos de estos medicamentos pueden ser más económicos para usted si los compra en su farmacia y los lleva a su cita para ser inyectados. Su médico y CHRISTUS Santa Rosa Hospital –*Medical Center* pueden ayudarlo con este proceso.

*Los montos indicados anteriormente reflejan los cargos totales no necesariamente los gastos que el paciente deberá pagar de su bolsillo.

Como sus proveedores de cuidados médicos, su médico y CHRISTUS Santa Rosa están comprometidos a ofrecerle la mejor atención posible.

Firma: _____

Fecha: _____

