

CONDICIONES DE ADMISIÓN
(CONDITIONS OF ADMISSION – SPANISH)

Se admite al paciente abajo firmante en el Hoag Orthopedic Institute ("HOI" u "Hospital") para su tratamiento como paciente hospitalizado o ambulatorio sujeto a los siguientes términos y condiciones:

1. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Doy mi consentimiento para los procedimientos que se puedan realizar durante esta hospitalización o de forma ambulatoria. Estos pueden incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, radiografías, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia o servicios hospitalarios que se me presten según las instrucciones generales o especiales de mi médico, cirujano u otros profesionales de la salud que me asistan en mi atención, así como pruebas de detección o tratamientos que la ley exija. Para facilitar mi atención, doy mi consentimiento para que un médico u otros profesionales de la salud que puedan estar físicamente alejados de mí me evalúen y examinen mediante tecnologías de telesalud, como, por ejemplo, videos bidireccionales, imágenes digitales y otras tecnologías de telesalud, según lo determinen mis proveedores. También doy mi consentimiento para mi admisión al Hospital.

2. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE ENFERMERÍA

Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi(s) médico(s), y que HOI y su personal de enfermería cumplen las instrucciones de estos médicos. Asimismo, entiendo que HOI solo proporciona atención de enfermería general y la atención que ordenen mis médicos, y que HOI no se responsabiliza por la falta de una enfermera de atención privada. Por el presente, eximo a HOI de toda responsabilidad que surja del hecho de que HOI no proporcione esta atención adicional.

3. RELACIÓN LEGAL ENTRE HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE Y LOS MÉDICOS

Entiendo que todos los médicos y cirujanos que me prestan servicios, incluidos asistentes médicos, radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, internistas, especialistas en cuidados intensivos y otros médicos, son profesionales médicos independientes y no son empleados, representantes ni agentes de HOI. Simplemente se les ha concedido el privilegio de utilizar el hospital para brindar atención y tratamiento a sus pacientes. Los honorarios por servicios médicos se facturan por separado e independientemente de los cargos de HOI, lo que significa que recibiré más de una factura por servicios.

Escriba sus iniciales aquí: _____
(Initial Here)

Entiendo que estoy bajo la atención y la supervisión de mi(s) médico(s). HOI y su personal de enfermería son responsables de llevar a cabo las instrucciones de mi médico. Mi médico o cirujano es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para tratamientos médicos o quirúrgicos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o servicios hospitalarios que se me brinden según las instrucciones generales y especiales de mi médico.

4. PERTENENCIAS PERSONALES Y OBJETOS DE VALOR

HOI solicita a los pacientes y familiares que no traigan pertenencias personales ni objetos de valor a las instalaciones. HOI no se responsabiliza por la pérdida o el daño de dinero, documentos, joyas, teléfonos celulares, dispositivos electrónicos u otros artículos que no se guarden en la caja fuerte ignífuga que mantiene Hoag Memorial Hospital Presbyterian. HOI no se responsabiliza por los artículos que se dejen junto a la cama, a discreción del paciente o su familia, si el personal no los recoge. La responsabilidad por la pérdida de toda propiedad personal que se deposite en HOI para su custodia no superará los \$500.

Escriba sus iniciales aquí: _____
(Initial Here)

5. PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN MÉDICA Y CAPACITACIÓN CLÍNICA

Entiendo que HOI participa en programas de enseñanza y que médicos becarios con licencia, estudiantes de profesiones de atención médica (como enfermería, radiología, terapia de rehabilitación, etc.), estudiantes de posgrado y otros residentes pueden observar, examinar, tratar y participar en mi atención y tratamiento bajo la supervisión adecuada según lo requieran sus programas de educación médica y de capacitación clínica.



HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Este es un documento legal.

No se aceptarán cambios en este formulario.

6. FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y GRABACIONES

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, videos o imágenes digitales o de otro tipo (como imágenes de procedimientos, fotografías de heridas, etc.) de mi condición o tratamiento médico o quirúrgico, y para que se utilicen estas imágenes para fines de mi diagnóstico o tratamiento o para las operaciones de HOI, incluyendo la revisión por pares, la mejora de la calidad, la educación o la formación. Entiendo que cualquier divulgación o difusión de fotografías, videos e imágenes digitales o de otro tipo para otros fines está prohibida, a menos que yo otorgue mi consentimiento por escrito por separado.

Entiendo que ni yo ni mis visitantes podemos fotografiar, filmar, grabar, divulgar ni compartir imágenes o conversaciones de los empleados de HOI, mi(s) médico(s) u otras personas sin el consentimiento por escrito de todas las partes involucradas.

7. ACUERDO FINANCIERO

Acepto, ya sea que firme como paciente o como su agente, cónyuge, padre, madre, tutor o garante financiero, que, en consideración de los servicios prestados, me comprometo a pagar puntualmente la cuenta de HOI de acuerdo con las tarifas y los términos habituales de HOI, incluidas sus políticas de atención médica de beneficencia y descuentos, si corresponde. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, incluidos asistentes médicos, radiólogos, patólogos, anestesiistas, internistas, especialistas en cuidados intensivos y otros médicos, facturarán por separado sus servicios. En caso de que se envíe alguna cuenta a un abogado o a una agencia de cobros para que se cobre, yo deberé pagar los honorarios reales de los abogados y los gastos de cobro. Todas las cuentas morosas devengarán intereses conforme a la tasa legal.

Las tarifas habituales de HOI, conocidas en su conjunto como "lista maestra", y la información de facturación se publican en línea en <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/>. Las tarifas habituales se aplican a los servicios que presta HOI, incluidos los servicios que Medicare, Medi-Cal o Medicaid no cubren, o que no están sujetos a otros acuerdos contractuales.

Deuda Médica: El titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido, en virtud de la sección 1785.27 del Código Civil, proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes crediticios de consumidores. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona viola a sabiendas dicha sección al proporcionar información relacionada con esta deuda a una agencia de informes crediticios de consumidores, la deuda será nula e inaplicable.

Escriba sus iniciales aquí: _____
(Initial Here)

8. ASISTENCIA FINANCIERA

Acepto y entiendo que, si no puedo cumplir con mi obligación financiera, puedo contactar a los asesores financieros llamando al (949) 764-5564 o por correo electrónico a FC@hoag.org. HOI puede ayudarle con su solicitud y proporcionarle las solicitudes para Medicare, Healthy Families Program, Medi-Cal u otra cobertura que se le ofrezca a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California, el programa de Servicios para Niños de California u otra cobertura de salud que el estado o el condado financien. Si necesita más ayuda para comprender el proceso de facturación y pago, puede visitar el sitio web de Health Consumer Alliance en <https://healthconsumer.org> para encontrar referencias a organizaciones que puedan brindarle más ayuda. También es posible que se le indique que visite www.OCGOV.com para obtener asistencia local. Estamos comprometidos a colocar la información sobre el Programa de Asistencia Financiera de HOI a disposición de las comunidades a las que atendemos de una manera que sea fácil de entender. Además del inglés, este resumen, la Política de asistencia financiera de HOI y el Formulario de solicitud de asistencia financiera de HOI están disponibles en otros idiomas, incluidos árabe, chino, farsi, coreano, español y vietnamita. Consulte nuestro sitio web en <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/financial-assistance/>.

9. AVISO DE INTERÉS FINANCIERO DEL MÉDICO

Reconozco que se me ha informado de que HOI cumple con la definición de "hospital perteneciente a médicos", tal como lo define la ley federal (42 C.F.R. 489.3), y que está disponible, si se solicita, una lista de los propietarios o inversores de HOI, que son médicos o familiares inmediatos de médicos. El abajo firmante reconoce que ha recibido el aviso de *Divulgación de la propiedad* del Hospital y comprende que el paciente tiene la opción de elegir un centro distinto de HOI para los servicios que el médico del paciente solicite u ordene.

Escriba sus iniciales aquí: _____
(Initial Here)

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Este es un documento legal.

No se aceptarán cambios en este formulario.

10. CESIÓN DE TODOS LOS DERECHOS Y BENEFICIOS

Yo, ya sea que firme como paciente o agente, cedo y transfiero irrevocablemente a HOI todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago para mi atención. Esta cesión incluirá la asignación y autorización del pago directo a HOI de todos los beneficios del seguro y del plan de salud pagaderos en concepto de esta hospitalización o de los servicios ambulatorios. Acepto que el pago de la aseguradora o del plan a HOI en virtud de esta autorización liberará sus obligaciones en la medida de dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no se paguen conforme a esta cesión, en la medida en que las leyes estatales y federales lo permitan. Me comprometo a cooperar con HOI y a tomar todas las medidas que este solicite de forma razonable para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión.

11. OBLIGACIÓN DEL PLAN DE SALUD (SEGURO)

HOI mantiene una lista de planes de salud con los que tiene contratos. La lista de estos planes está disponible mediante solicitud en la Oficina de Admisión y Registro o en nuestro sitio web en <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurance/>. HOI no tiene ningún contrato, expreso o implícito, con ningún plan que no figure en la lista. Es mi responsabilidad verificar que mi plan de salud haya autorizado los servicios que HOI prestará. Yo, ya sea que firme como paciente o agente, acepto que estoy obligado individualmente a pagar la cuenta de HOI de acuerdo con la tarifa y los términos habituales de HOI, incluidas sus políticas de asistencia financiera, si pertenezco a un plan que no figura en la lista mencionada anteriormente o si no obtengo la autorización del plan de salud.

Todos los médicos y cirujanos, incluidos los asistentes médicos, radiólogos, patólogos, anestesiistas, internistas y otros, facturarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si los médicos que prestan servicios tienen contrato con mi plan de salud, si corresponde.

12. RECONOCIMIENTOS

- Reconozco que he recibido el folleto de *información para el paciente*, que trata sobre los *derechos del paciente* y cómo presentar una queja, *las responsabilidades del paciente* y su *derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico* (información sobre la directiva de atención médica avanzada), entre otra información.
- Reconozco y entiendo que, de vez en cuando, HOI puede prestar servicios a sus pacientes mediante el uso de recursos externos o en virtud de acuerdos con terceros, incluidos, por ejemplo, los servicios que laboratorios de referencia especializados o el Hoag Memorial Hospital Presbyterian presten a los pacientes de HOI. En estas circunstancias, HOI conserva la responsabilidad profesional y administrativa de todos los servicios que estos recursos externos presten a los pacientes de HOI.

13. REGISTRO DE VACUNAS DE CALIFORNIA

HOI puede compartir sus registros de vacunas o de pruebas de detección de tuberculosis (TB) con el Registro de Vacunas de California (CAIR), una base de datos estatal, segura y confidencial de información sobre las vacunas de los pacientes. Los profesionales de la salud, las agencias y las escuelas utilizan el CAIR para llevar un registro de todas las vacunas y pruebas de tuberculosis que usted recibe. Además, puede proporcionar una prueba sobre las vacunas necesarias para comenzar el cuidado infantil, la escuela o un nuevo trabajo. Si no desea que sus registros de vacunas o de tuberculosis se compartan con otros usuarios del registro, envíe por fax o por correo electrónico el "Formulario para rechazar o comenzar a compartir información sobre vacunas", disponible en el sitio web del CAIR en <http://cairweb.org/cair-forms/>, en el Servicio de Asistencia del CAIR al 1-888-436-8320 o en CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov. Puede comunicarse con el CAIR por teléfono al 1-800-578-7889.

14. COMUNICACIÓN POR TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Al proporcionarnos un número de teléfono o su dirección de correo electrónico, usted acepta que, para que nosotros o nuestros proveedores de servicios podamos gestionar su(s) cuenta(s) (lo que incluye contactarle para obtener posible asistencia financiera, recordatorios de citas, encuestas, instrucciones de alta y otras notificaciones de atención médica), o para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, nosotros, nuestros agentes, representantes u otros proveedores de servicios podríamos ponernos en contacto con usted, lo que podría generarle cargos. Usted consiente expresamente que los métodos de contacto pueden incluir el uso de agentes en vivo, correo electrónico, mensajes de voz pregrabados y artificiales, el uso de un dispositivo de marcación automática o mensajes de texto, según corresponda. Este consentimiento se aplica a todos los servicios y a la facturación asociada a su(s) número(s) de cuenta, y no es una condición para la compra de propiedades, bienes o servicios.

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Este es un documento legal.

No se aceptarán cambios en este formulario.

15. ARTÍCULOS PROHIBIDOS

- HOI tiene tolerancia cero ante la violencia en nuestras instalaciones. Por lo tanto, HOI se compromete a mantener un lugar de trabajo seguro, y sin amenazas, actos de intimidación ni violencia. Por la seguridad de nuestros pacientes, visitantes, empleados y otros profesionales de la salud, no se permiten armas, cuchillos, alcohol, drogas ilegales ni otros materiales peligrosos en nuestras instalaciones. *La marihuana es ilegal, según la ley federal. HOI es un hospital financiado con fondos federales, y no se permite el almacenamiento ni el consumo de marihuana en las instalaciones del hospital, salvo la única excepción establecida en la Ley de Acceso Compasivo al Cannabis Medicinal de California para pacientes hospitalizados con enfermedades terminales. Esta ley permite el uso de cannabis medicinal en ciertas áreas del hospital para pacientes con enfermedades terminales que ingresan en nuestro hospital, bajo ciertas restricciones.*
- Se prohíbe fumar, vapear y consumir productos de tabaco (incluidos tabaco de mascar y cigarrillos electrónicos) a todas las personas en cualquier lugar dentro y fuera de cualquier instalación que pertenezca a HOI o a Hoag, o que estas instituciones arrienden u operen, incluidos los vehículos estacionados en cualquier instalación.
- Nos reservamos el derecho de realizar una verificación de seguridad de cualquier artículo que se traiga a HOI y de denegar su ingreso a las instalaciones.

16. COMPORTAMIENTO O CONDUCTA

HOI espera que usted se comporte de manera respetuosa, no violenta y no abusiva. El hecho de que usted abandone su unidad asignada con pertenencias de HOI (por ejemplo: batas, bombas intravenosas, tanques de oxígeno, dispositivos de monitoreo, sillas de ruedas, etc.) atenta contra la política del Hospital. Si abandona el Hospital sin informar a su equipo clínico o si viola las políticas de HOI, se le podría dar de alta.

Certifico que he leído las Condiciones de admisión y que he recibido una copia. Soy el paciente o su representante legal, o estoy autorizado por este, para firmar y aceptar sus términos y condiciones.

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M./P.M.
(Patient/Legal Representative Signature) (Date) (Time)

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación (If signed by other than the patient, indicate relationship): _____

Representante del Hospital (Hospital Representative): _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR PARTE DE UNA PERSONA QUE NO ES EL PACIENTE O EL

REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE: Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y en aceptar los términos del Acuerdo financiero, la Asignación de beneficios del seguro y las disposiciones de la Obligación del plan de salud que se mencionan arriba.

FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT BY PERSON OTHER THAN THE PATIENT OR THE PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE

I agree to accept financial responsibility for services rendered to the patient and to accept the terms of the Financial Agreement, Assignment of Insurance Benefits, and Health Plan Obligation provisions above.

Firma de la parte financieramente responsable: _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M./P.M.
(Financially Responsible Party Signature) (Date) (Time)

Representante del Hospital (Hospital Representative): _____

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

El documento anterior fue traducido por el intérprete (que se indica a continuación) para el paciente o representante legal en el idioma principal del paciente o representante legal (indicar idioma): _____

El paciente o representante legal comprende todos los términos y condiciones, y reconoce estar de acuerdo con el documento anterior.

☐ Servicio de un intérprete (sin cargo). Nombre del intérprete y código de identificación: _____

☐ Se ofreció el servicio de interpretación (sin cargo); el paciente lo rechazó.

☐ Un familiar u otra persona a solicitud del paciente realizó la interpretación. Nombre del intérprete y relación: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M./P.M.

INTERPRETER'S STATEMENT

The foregoing document was translated by the interpreter (listed below) to the patient or legal representative in the patient's or legal representative's primary language (indicate language): _____

They understood all of the terms and conditions and acknowledged their agreement with the above document.

☐ Interpreter Service (free of charge) – Interpreter Name and Identification Code: _____

☐ Offered Interpreter Service (free of charge); patient declined

☐ Family/Other used at patient's request - Interpreter Name and Relationship: _____

Witness: _____ Date: _____ Time: _____ A.M./P.M.

HOI CONDITIONS OF ADMISSION