HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Este es un documento legal.
No se aceptarán cambios en este formulario.

CONDICIONES DE ADMISIÓN
(CONDITIONS OF ADMISSION – SPANISH)

Al firmar a continuación, reconozco que yo soy el paciente, el representante legal del paciente o una persona autorizada de otro modo a firmar en nombre del paciente. Acepto las siguientes Condiciones de admisión y los términos relacionados en la medida en que lo permitan la ley federal y la ley de California aplicables.

1. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Doy mi consentimiento para los servicios médicos, servicios de diagnóstico, servicios quirúrgicos, servicios para pacientes ambulatorios, servicios auxiliares y servicios de atención médica relacionados que puedan brindarme en Hoag Orthopedic Institute (HOI). Estos servicios pueden incluir, entre otros, exámenes físicos, pruebas de laboratorio, pruebas de patología, exploraciones por imágenes, rayos X, ecografías, medicamentos, extracciones de sangre, terapia intravenosa, servicios relacionados con la anestesia, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, terapia respiratoria, servicios de rehabilitación, servicios de enfermería, pruebas de detección exigidas o permitidas por la ley, y otros servicios solicitados o prestados por médicos, proveedores de práctica avanzada, enfermeros u otros profesionales de la salud involucrados. Para facilitar mi atención, doy mi consentimiento para que un médico u otros proveedores de atención médica 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. Además, doy mi consentimiento para mi admisión en el hospital si esto es necesario para mi atención. Entiendo que mi atención puede brindarse bajo las instrucciones generales o específicas de mis médicos tratantes u otros profesionales de la salud habilitados. Asimismo, doy mi consentimiento para mi admisión en el hospital, mi transferencia entre unidades o niveles de atención, mi colocación en estado de observación, mi tratamiento como paciente ambulatorio, mi tratamiento de emergencia o mi alta cuando mis médicos tratantes y HOI determinen que es apropiado desde el punto de vista médico, conforme a la ley aplicable y a la política de HOI. Entiendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta, y que no se ha ofrecido ninguna garantía o certeza en relación con el resultado de los exámenes, los tratamientos, los procedimientos, los servicios o la atención.

2. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE ENFERMERÍA

Entiendo que estoy bajo la atención y la supervisión de mi médico tratante u otro profesional de la salud habilitado. HOI y su personal de enfermería son responsables de ejecutar órdenes e instrucciones emitidas por mis médicos tratantes, y de prestar servicios hospitalarios y de enfermería conforme a los estándares de atención aplicables, la política de HOI y la ley aplicable. HOI ofrece servicios de enfermería general y servicios de enfermería solicitados por mis médicos tratantes. HOI no ofrece servicios de enfermería privada, a menos que se gestionen por separado y se aprueben conforme a la política de HOI. Los pacientes y las familias que deseen servicios de enfermería privada son responsables de gestionar dichos servicios de manera independiente, de acuerdo con los requisitos de seguridad, acreditación, acceso y operación de HOI. Ninguna parte de esta sección limita ningún derecho u obligación conforme a la ley federal o de California aplicable.

3. RELACIÓN LEGAL ENTRE HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE Y LOS MÉDICOS

Entiendo que todos los médicos que prestan servicios profesionales en HOI son profesionales independientes y no son empleados, representantes o agentes de HOI. Entre los profesionales independientes, pueden incluirse, entre otros, anestesiólogos, radiólogos, patólogos, internistas, intensivistas, cirujanos, médicos consultantes, asistentes médicos y otros profesionales habilitados. Los profesionales independientes ejercen un juicio profesional independiente con respecto a la atención que brindan. HOI no controla el juicio médico independiente de dichos profesionales. Los honorarios por los servicios de los médicos y profesionales pueden facturarse separadamente de los cargos hospitalarios de HOI, lo que significa que puedo recibir más de una factura por los 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 pide a los pacientes y a las familias que **no** traigan dinero, joyas, documentos, teléfonos celulares, dispositivos electrónicos, medicamentos, dispositivos de asistencia que no sean necesarios para la atención u otros objetos de valor que no se puedan colocar en la caja fuerte a prueba de incendios que se conserva en Hoag Memorial Hospital Presbyterian. HOI no es responsable de las pérdidas o daños a los bienes personales, el dinero, las joyas, los documentos, los teléfonos celulares, los dispositivos electrónicos u otros artículos, salvo que estos se depositen en HOI para su custodia conforme a la política de HOI. HOI no es responsable de los artículos que se dejen al lado de la cama, en las habitaciones de los pacientes o en las salas de espera; o que el paciente, la familia, los visitantes o el representante se hayan llevado en caso de que el personal de HOI no haya tomado posesión de dichos artículos. La responsabilidad por las pérdidas de bienes personales depositados en HOI para su custodia se limitará al monto permitido por la ley de California y la política de HOI aplicables, y no superará los $500, salvo que la ley exija un monto mayor.

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 habilitados, estudiantes de profesiones de la salud (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 capacitación clínica.

6. FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y GRABACIONES, IMÁGENES, Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Doy mi consentimiento para que HOI tome fotografías; grabe videos y audios; capture imágenes digitales, imágenes de diagnóstico, imágenes de los procedimientos, imágenes de las heridas; o realice otras grabaciones o capturas de imágenes de mi afección médica, mi tratamiento, mis procedimientos o mi atención si se utilizan para el tratamiento, la seguridad de los pacientes, la identificación, la documentación, el diagnóstico, la mejora de la calidad, la revisión por parte de colegas, la gestión de riesgos, el cumplimiento, la educación, la capacitación, las operaciones de atención médica u otros fines permitidos por la ley y la política de HOI. Entiendo que la divulgación de imágenes o grabaciones identificables para fines que requieran una autorización por separado se permitirá únicamente bajo una autorización por escrito y por separado cuando la ley lo exija. Para proteger la privacidad, la seguridad y la confidencialidad de los pacientes, así como los derechos de los trabajadores, el personal médico, los pacientes, los visitantes, los contratistas, los estudiantes, los voluntarios y otros miembros de HOI, se pueden imponer restricciones razonables a la toma de fotografías, la filmación, la grabación de audio y video, la transmisión en vivo, o la divulgación de imágenes, grabaciones o comunicaciones dentro de las instalaciones de HOI.

Las solicitudes para grabar como servicio relacionado con una discapacidad o ayuda auxiliar para la efectividad de la comunicación se revisarán caso por caso conforme a la ley aplicable.

Entiendo que yo y mis visitantes no podemos fotografiar, filmar, grabar, transmitir en vivo, publicar o divulgar imágenes, grabaciones o comunicaciones que involucren a pacientes, visitantes, trabajadores, médicos, profesionales, estudiantes, voluntarios u otras personas en las instalaciones de HOI, a excepción de lo permitido por la política de HOI y la ley aplicable.

7. ACUERDO FINANCIERO

Considerando todos los servicios prestados por HOI, acepto, ya sea que firme como paciente o como agente, cónyuge, padre, madre, tutor o garante financiero de un paciente, que pagaré 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 radiólogos, patólogos, anestesistas, internistas, intensivistas, médicos consultantes, asistentes médicos y otros profesionales independientes, facturarán por separado sus servicios. En la medida en que lo permita la ley estatal y federal aplicable (después de deducir los honorarios de abogados o los gastos de cobranza), si alguna cuenta se remite a un abogado o agencia de cobranza para el cobro, pagaré los honorarios de abogados y los gastos de cobranza. 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 están publicadas 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.

PATIENT LABEL

Deuda médica: El titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido, en virtud de la sección 1785.27 del Código Civil, proporcionar 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 esa sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes crediticios de consumidores, la deuda será nula e inexigible.

Escriba sus iniciales aquí: _____
(Initial Here)

8. ASISTENCIA FINANCIERA

Los pacientes pueden ser elegibles para recibir atención gratuita o con descuento si participan en el Programa de Asistencia Financiera de HOI, sin importar su estado de afiliación a un seguro. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se determinará en un documento separado de estas Condiciones de admisión. 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 ayudarlo con su solicitud y proporcionarle las solicitudes para Medicare, Healthy Families Program, MediCal u otra cobertura que se le ofrezca a través del California Health Benefit Exchange, el programa California Children's Services 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 que la información sobre el Programa de Asistencia Financiera de HOI esté a disposición de las comunidades a las que atendemos de una manera que sea fácil de entender. Además de 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/. La determinación de elegibilidad para asistencia financiera de HOI se explica en un documento separado de estas Condiciones de admisión y estará regida por la política de HOI y la ley aplicable. El acceso a la atención necesaria desde el punto de vista médico no se verá afectado por la determinación final de elegibilidad para recibir asistencia financiera.

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 directos de médicos, en https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/legal-policies/legal-and-compliance. El abajo firmante reconoce que ha recibido el aviso de *Divulgación de la propiedad del hospital* y que 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)

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, los beneficios y cualquier otro interés en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago por 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, a través del pago que realicen a HOI en virtud de esta autorización, la aseguradora o el plan cumplirán 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.

PATIENT LABEL

11. OBLIGACIÓN DEL PLAN DE SALUD (SEGURO)

HOI mantiene una lista de los 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/insurances- accepted/. 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. Ninguna parte de esta sección limita ninguna protección disponible en virtud de la Ley Sin Sorpresas, la ley de California, Medicare, MediCal, Medicaid, la ley de planes de salud, la ley de servicios de emergencia u otra ley aplicable.

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

12. RECONOCIMIENTOS

a. 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.

b. 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 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. RECONOCIMIENTO DE LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO: Por la presente, solicito y acepto que los resultados de mis análisis de laboratorio se proporcionen en el Portal de pacientes para que pueda acceder a ellos electrónicamente como parte de mi historial médico. Entiendo que es posible que los resultados de los análisis de laboratorio puestos a mi disposición en el Portal de pacientes no incluyan los resultados positivos de pruebas de VIH, hepatitis o abuso de drogas; o los resultados de pruebas relacionadas con tejidos procesados de forma rutinaria o exploraciones por imagen que revelen una neoplasia maligna nueva o recurrente.

14. 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 los *Formularios para rechazar el uso compartido o comenzar a compartir información sobre vacunas (bloquear/desbloquear)*, disponibles en el sitio web del CAIR en http://cairweb.org/cair-forms/, al Servicio de Asistencia del CAIR al 1-888-436-8320 o a CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov. Puede comunicarse con el CAIR por teléfono al 1-800-578-7889.

15. COMUNICACIÓN POR TELÉFONO, CELULAR, LA CUENTA DEL PORTAL DE PACIENTES Y CORREO ELECTRÓNICO

Al proporcionarnos un número de teléfono, número de celular, dirección de correo electrónico u otra información de contacto, usted acepta que, para que nosotros o nuestros proveedores de servicios podamos gestionar su(s) cuenta(s) (lo que incluye contactarlo para obtener posible asistencia financiera, recordatorios de citas, encuestas, instrucciones de alta y otras notificaciones de atención médica) o cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, nosotros o 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 asociados a su(s) número(s) de cuenta, y no es una condición para la compra de propiedades, bienes o servicios.

16. ARTÍCULOS PROHIBIDOS

a. 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.

b. 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.

c. HOI se reserva el derecho de inspeccionar cualquier artículo que ingrese al centro por motivos de seguridad y puede prohibir los artículos que considere inseguros o inapropiados.

17. COMPORTAMIENTO O CONDUCTA DEL PACIENTE Y DE LOS VISITANTES

Se espera que los pacientes y los visitantes se comporten de una manera que sea respetuosa; que no sea amenazante, violenta ni abusiva; y que promueva un entorno seguro de atención. Las amenazas, la intimidación, la violencia, el acoso, el comportamiento abusivo, la conducta peligrosa, la interferencia en la atención del paciente, el retiro no autorizado de bienes de HOI o la violación de las políticas de seguridad de HOI pueden derivar en medidas apropiadas por parte de HOI de conformidad con la ley aplicable, las obligaciones de seguridad de los pacientes, la EMTALA si corresponde, las Condiciones de participación de CMS, los requisitos de licencia y la política de HOI. Ninguna parte de esta sección autoriza la denegación de exámenes de emergencia, tratamientos de estabilización, atención necesaria desde el punto de vista médico, derechos a presentar quejas, derechos a la no discriminación u otros derechos protegidos por la ley.

18. INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Acepto y entiendo que HOI puede utilizar tecnología de inteligencia artificial (IA), incluida la IA generativa, para ayudar a los proveedores de atención médica y mejorar y agilizar la documentación, la comunicación, el apoyo clínico y otras operaciones de atención médica. La utilización de la IA puede incluir, entre otras cosas, la transcripción de notas y conversaciones médicas, el apoyo en facturación y codificación, el análisis clínico, y el análisis predictivo de la salud. Entiendo que muchos de los servicios médicos profesionales de Hoag son proporcionados por médicos independientes que no son empleados ni agentes de HOI. Los médicos son los únicos responsables de la atención médica que proporcionan, incluido cualquier uso de la IA en su toma de decisiones clínicas o sus comunicaciones. En la medida en que lo exija la ley, algunas comunicaciones generadas por la IA incluirán un aviso claro de que han sido generadas por la IA e incluirán instrucciones que describan cómo ponerse en contacto con un proveedor de atención médica, un empleado u otra persona adecuada.

Al firmar estas Condiciones de admisión, reconozco que se me ha informado del uso de la IA en HOI.

PATIENT LABEL

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Este es un documento legal.
No se aceptarán cambios en este formulario.

Declaro que he leído estas Condiciones de admisión o que me las han leído o explicado. Reconozco que he recibido una copia o que me la han ofrecido.

Soy el paciente o su representante legal, o estoy autorizado por este para firmar y aceptar estas Condiciones de admisión.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____a. m./p. m.
(Patient/Legal Representative Signature) (Date) (Time)

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

Nombre del representante del hospital: _____
(Hospital Representative Name)

Firma del representante del hospital:_____ Fecha: _____Hora: _____ a. m./p. m.
(Hospital Representative Signature) (Date) (Time)

Patient unable to sign.

Reason: _____

Witness Attestation: The undersigned hospital representative witnessed that the patient was unable to physically sign this document and there is no Authorized Legal Representative acting on behalf of the patient. The undersigned is not signing on behalf of the patient, is not acting as the patient's legal representative, and is not making a determination regarding the patient's decision-making capacity.

Hospital Representative Name and Title: _____

Hospital Representative Signature: _____ Date: _____ Time: _____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 services are provided free of charge to the patient.

☐ Interpreter Name and Identification Code: _____

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

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

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

PATIENT LABEL