

Hospital y clínicas de Salem Health

Salem Health Hospitals and Clinics



Condiciones para la admisión a los servicios para paciente hospitalizado/ambulatorio

Conditions of Admission Inpatient/Outpatient Services

CONSENTIMIENTO MÉDICO: Doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento que pudiera recibir durante esta hospitalización o como paciente ambulatorio. Esto podría incluir atención médica de emergencia, tratamiento médico o quirúrgico, pruebas (como de laboratorio e imágenes), y otros servicios que recomienden mis proveedores certificados. Mi proveedor obtendrá mi consentimiento informado, cuando corresponda, para operaciones, procedimientos especializados o ciertos tratamientos. Entiendo que me atenderán mis proveedores en servicio, y Salem Health (SH) y su personal de enfermería implementarán sus indicaciones. Entiendo que cada proveedor certificado es responsable de su propia atención y que no se me pueden asegurar resultados.

CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD: Autorizo el uso de telesalud para la prestación de servicios de atención médica. La telesalud puede incluir el uso de audio, video u otros medios de comunicación electrónicos para interactuar conmigo/mi representante elegido, consultar a proveedores de atención médica o revisar mi información médica con el objetivo de obtener un diagnóstico, terapia, seguimiento o educación.

FOTOGRAFÍAS, GRABACIÓN DE VIDEO Y AUDIO: Entiendo que es posible que me tomen fotografías o graben audio/video para apoyar mi atención, seguridad o para una revisión de calidad. También entiendo que cualquier grabación que haya hecho cualquier paciente o familiar es un privilegio, no un derecho. Obtendré la autorización del proveedor antes de usar dispositivos personales para fotografiar o grabar cualquier parte de la atención o del tratamiento.

PROVEEDORES MÉDICOS INDEPENDIENTES: Entiendo que algunos de los proveedores que participan en mi atención, como médicos de emergencia, intensivistas, patólogos, radiólogos, entre otros, podrían ser médicos independientes y no empleados ni agentes de SH. Es posible que estos proveedores facturen por separado sus servicios.

ACUERDO ECONÓMICO: Acepto pagar todos los servicios y suministros que reciba según las tarifas y políticas económicas vigentes los días en que reciba atención. Entiendo que soy responsable de los cargos que no cubra mi seguro. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible (deductible), copago (co-pay) y coseguro (coinsurance).

DERECHOS DE FACTURACIÓN SIN SORPRESAS: Entiendo que tengo protecciones de ciertas facturas médicas inesperadas según la ley federal. Si recibo atención médica de emergencia o servicios de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red, por lo general no me facturarán más de mi cantidad de costos compartidos dentro de la red. Entiendo que puedo pedir un cálculo de buena fe de los cargos esperados y tengo derecho a disputar ciertas facturas.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Asigno a SH el derecho de recibir los pagos de beneficios directamente de mi seguro o plan médico para el reembolso del hospital, proveedores u otros servicios que reciba en SH. Autorizo el pago directo a los proveedores y laboratorios por cargos relacionados. Soy responsable de todos los cargos que no cubra mi póliza de seguro. Si tengo derecho a beneficios de Medicare o Medicaid según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act), pido que la asignación del beneficio se haga directamente a SH. Entiendo que esta asignación es final.

ASISTENCIA ECONÓMICA MÉDICA: Entiendo que hay asistencia económica disponible para ayudar a determinar mi capacidad de pago y posible elegibilidad para recibir ayuda económica. Es posible que se use un reporte de crédito para verificar la información financiera. El pago debe hacerse en su totalidad a menos que un seguro válido lo cubra. Hay ayuda disponible para la evaluación e inscripción al Plan de Salud de Oregon mediante los asistentes de los socios comunitarios certificados. Si mi seguro no paga, entiendo que podría ser responsable del saldo. Si las cantidades que debo no se pagan puntualmente, acepto pagar los costos de cobro razonables, que podrían incluir honorarios de abogados.

PERTENENCIAS PERSONALES: Entiendo que SH anima a los pacientes a dejar todas sus pertenencias personales en casa. Soy responsable de mis pertenencias personales incluyendo, entre otras cosas: Objetos de valor (p. ej., dinero, tarjetas de débito, joyería), objetos personales (p. ej., anteojos, dentaduras, ropa), documentos (p. ej., identificación, formularios del seguro), dispositivos electrónicos (p. ej., celulares, laptops, videojuegos) y cualquier otra cosa que lleve a SH que no esté listada arriba.

No traeré dispositivos médicos personales. Entiendo que es posible que haya una caja fuerte para almacenamiento. SH no es responsable de pérdidas o daños a las pertenencias personales y no puede asegurar que los dispositivos personales funcionen. Debe venir por cualquier objeto que deje en un plazo de 30 días o este se podría desechar. SH se reserva el derecho de revisar pertenencias, según lo permita la política.

CAMPUS LIBRE DE HUMO: Entiendo que no puedo fumar ni usar cigarrillos electrónicos en ningún lugar de SH. Esto incluye los pasillos de afuera, las aceras, los estacionamientos y las estructuras. Si decido fumar, debo salir de la propiedad de SH. Si salgo, soy responsable de mi propia seguridad.

EXPOSICIÓN DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA/PRUEBAS DE SANGRE: Si cualquier proveedor de atención médica se expone a mi sangre o a otros fluidos corporales, autorizo que SH haga pruebas. Entiendo que SH hará pruebas para cosas como hepatitis B/C, VIH u otras enfermedades contagiosas.

PERSONAS DE APOYO: Entiendo que, si necesito ayuda con la comunicación, para tomar decisiones médicas o hacer actividades diarias por una discapacidad, puedo designar al menos a tres personas de apoyo, y que al menos una me acompañe en el Departamento de Emergencias (Emergency Department) y durante mi estancia en el hospital. Entiendo que las personas de apoyo deben seguir los protocolos de seguridad del hospital.

ASISTENCIA DE IDIOMAS Y APOYOS AUXILIARES: Entiendo que, si necesito ayuda para comunicarme por una discapacidad o dominio limitado del inglés, puedo pedir servicios gratuitos de asistencia de idiomas o apoyos auxiliares. Estos servicios pueden incluir intérpretes, materiales traducidos y otros apoyos de comunicación. Entiendo que puedo pedir estos servicios en cualquier momento.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN/TRASLADO DE REGISTROS: Autorizo que SH revele información o copias de mi expediente médico a mi proveedor de atención primaria, a cualquier proveedor al que me remitan, centro de enfermería especializada u otro centro de atención médica al que me puedan trasladar, como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Me ofrecieron el Aviso de prácticas de privacidad que describe cómo SH puede usar y revelar mi atención médica. Entiendo que mi información se puede revelar electrónicamente. Puedo comunicarme con el representante de privacidad si tengo preguntas o reclamaciones.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Me ofrecieron la hoja de información sobre los derechos y responsabilidades del paciente.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LAS DECLARACIONES DE ARRIBA.

Firma del paciente o representante (Signature of Patient or Representative)

Fecha/hora (Date/Time)

Nombre en letra de molde (Print Name)

Firma del testigo (Signature of Witness)

Fecha/hora (Date/Time)

Nombre en letra de molde (Print Name)

Si no es el paciente, escriba su
relación con el paciente:

- ☐ Poder notarial de atención médica
☐ Cónyuge
☐ Hijo adulto
☐ Padre/madre
☐ Tutor legal