

SKAGIT REGIONAL HEALTH

SKAGIT VALLEY HOSPITAL
SKAGIT REGIONAL CLINICS
CASCADE SKAGIT HEALTH ALLIANCE

**FORMULARIO DE INGRESO
EI CONSENTIMIENTO, DURANTE SU INGRESO**

El abajofirmante por la presente consiente a tales reconocimientos radiográficos, procedimientos de laboratorio, anestesia, tratamientos médicos o quirúrgicos, o servicios del Hospital que podrán rendir a, o para el beneficio del paciente bajo de las instrucciones especiales y generales del médico o médicos del paciente, sus ayudantes o designados.

Entiendo que mi cuidado está bajo el control de los médicos que me atienden, y que algunos médicos y dentistas que me proveen los servicios, incluyendo, pero no limitados a, el radiólogo, patólogo, anestesista, y unos médicos de la sala de emergencia son contratistas independientes y no son empleados o agentes del Hospital.

Yo estoy consciente de que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no me han hecho ningunas garantías o promesas con respecto a los resultados de tratamiento, servicios, o reconocimiento en el Hospital.

LA ASISTENCIA DE LA ENFERMERIA:

El Servicio General do Enfermería: Skagit Valley Hospital provee sólamente servicios generales de enfermería por el cargo diario de rutina. La asistencia de servicios generales de enfermería se define como cuidado necesario para proveer vigilancia rutinaria, medicación y tratamiento, y asistencia para funciones corporales necesarias. La enfermera es llamada al lado de la cama por un sistema de señal o de otra manera provee cuidado de acuerdo con las ordenes del médico o por rutinas establecidas de enfermería.

El Cuidado Especializado: El cuidado especializado en la unidad del cuidado coronario, unidad de cuidados intensivos, la sala de recuperación postoperatoria, u otra unidad de cuidado especial, se provee con un cargo adicional. Una determinacion de la necesidad de un cuidado especializado puede ser hecha por el médico del paciente, el supervisor de enfermería, o por las normas establecidas del Hospital para esos pacientes que están críticamente enfermos y/o requieren cuidados intensivos y de enfermería altamente adiestrada.

CONTINUACION DE LA EDUCACION MEDICA: Entiendo que como parte de las normas de coninuar la educación médica, Skagit Valley Hospital puede permitir a los estudiantes de diversas especialidades médicas y paramédicas observar y/o participar en el cuidado provisto para sus pacientes. Entiendo que esto puede incluir procedimientos quirúrgicos, procedimientos de radiografía, exámenes de tejido, fotografía, y otros aspectos de mi cuidado.

Entiendo además que en todo el tiempo estas actividades estarán bajo la supervisión y aprobacion de mis médicos y estarán a un nivel considerado apropiado y necesario por ellos y doy mi consentimiento para la observación y la participación de estudiantes médicos y paramédicos en el cuidado médico provisto para mí mientras yo soy u n paciente en Skagit Valley Hospital.

AVISO: "Nosotros guardamos un historial médico de los servicios de la asistencia médica que nosotros le proveemos. Usted puede pedir ver y copiar ese historial. Usted puede pedirnos también que corrijamos ese historial No revelaremos su historial médico a otras personas a menos que usted nos lo dirija o la ley nos autorice o nos obligue hacerlo. Usted puede ver su historial médico o conseguir más información acerca de ello en nuestro departamento de archivos médicos." (Puede ser que le cobrarán por las copias de su historial médico.)

OBJETOS DE VALOR PERSONALES: Se entiende que el Hospital mantiene una caja fuerte y no será responsable por la pérdida o daño de cualquiera dinero, alhajas, lentes, dentaduras, documentos, u otros artículos pequeños de valor a menos que están guardados en la caja fuerte; y no será responsable por la pérdida o daño a cualquiera otra propiedad personal a menos que se deposite en el Hospital para su cuidado.

CONSENTIMIENTO PARA DAR CUALQUIER INFORMACION: Por la presente autorizo y dirigo a Skagit Valley Hospital a dar y revelar los datos clínicos obtenidos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento asentado en mi historial médico por mi médico a mi aseguranza(s) médica, o seguro(s) contra terceros, para los propósitos de asegurar el pago de mi cuenta del hospital. (Nota: Esta autorización no es suficiente donde el paciente recibe el tratamiento para VIH, alcohol, el abuso de drogas y/o problemas de salud mental.) Yo además afirmo que Affiliated Health Services no tiene responsabilidad legal por la revelación de esta información. Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización a cualquier momento y que tal revocation debe ser por escrito. Además, entiendo que esta autorización, sin la revocación previa, caduca 90 días después de la fecha de mi firma.

CONTRATO FINANCIERO: El abajofirmante esta de acuerdo, ya sea el firmante como agente o como paciente, que en consideración de los servicios que darán al paciente, él/ella por la presente individualmente se obliga por sí mismo, y si está casado se obliga por la comunidad marital, a pagar la cuenta del Hospital según sus costos regulares y condiciones de pago. Si la cuenta tiene que ser referido a un abogado para la recaudación, el abajofirmante pagará gastos razonables de abogados y gastos de colección. Todas las cuentas delincuentes serán cargadas con un interés de 1 % por mes (1 2% al año), con un cargo mínimo de 50 centavos por mes por balances que son menos de \$50.00.

El abajofirmante adicionalmente por la presente autoriza al Hospital averiguar de aquellas personas que él/ella ha identificado para propósitos de referencia para confirmar lo que la aseguranza del paciente cubra y/o la capacidad y responsabilidad financiera para pagar cualquier gasto que se podrá acumular en nombre del paciente.

ASISTENCIA DE CARIDAD: Skagit valley Hospital proporciona asistencia de caridad. Los gastos de personas que se pueden clasificar como indigentes médicamente por el criterio que se explica en WAC 261-14-017 se podrán cancelar o rebajar. Haga el favor de comunicar con la persona del departamento de ingreso de pacientes para información.

SOLAMENTE PARA PACIENTES CON MEDICARE: El abajofirmante certifica que la información dado por él/ella al aplicar para el pago bajo el Título XVIII del Acto del Seguro Social es correcto. El abajofirmante da autorización para que Skagit Valley Hospital puede dar a la Administración del Seguro Social o su intermediario, cualquier o toda la información necesaria en relación de una demanda del Medicare, y solicita que el pago de beneficios autorizados se debe efectuar a Skagit Valley Hospital en nombre del paciente. El abajofirmante por la presente asigna pago por las cuentas que se deben por ciertos servicios del médico en el Hospital y los cuales son autorizados por cobrar. El abajofirmante entiende que él/ella es responsable por cualquier deducible de la aseguranza médica y coaseguro.

BENEFICIOS ASIGNADOS POR LA ASEGURANZA: En el caso de que el abajofirmante tenga derechos a los beneficios del Hospital de cualquier tipo por resultado de cualquiera póliza que asegura el paciente, o cualquier otro partido responsable, dichos beneficios por la presente se asignan a Skagit Valley Hospital para la aplicación en la cuenta del paciente, y se acuerda que el Hospital puede recibir tal pago, y tal pago aliviará la dicha compañía de seguros de cualquiera y todas las obligaciones bajo la póliza a la extension de tal pago, dejando al abajofirmante y/o al paciente responsable por los cargos no cubiertos por esta asignación.

LA CERTIFICACION POR LA PERSONA RESPONSABLE: El abajofirmante certifica que él/ella ha leído y comprendido lo anterior, ha recibido una copia de lo mismo, y es el Paciente, o está autorizado debidamente por el paciente como su agente general para efectuar lo anterior y aceptar sus condiciones.

_____ Paciente

_____ Testigo

Otra Persona Responsable: _____

La relación, y el porqué firma por el paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

CONSENT ON ADMISSION - SPANISH