

**CONDICIONES DE ADMISIÓN/VISITA A CLÍNICA
CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (SPANISH)**

CONSENTIMIENTO MÉDICO: Acepto los procedimientos y tratamientos que podrían realizarme/realizarle al paciente mientras sea un paciente del hospital/clínica. Estos procedimientos y tratamientos podrían incluir exámenes físicos, pruebas de laboratorio y de otras clases, radiografías, alivio de dolor, enfermería de rutina/simple, servicios quirúrgicos y otros servicios, procedimientos y tratamientos médicos y servicios de telesalud. Entiendo que acepto recibir atención en un hospital/clínica operado por el Condado de Los Ángeles. Entiendo que los hospitales/clínicas operados por el condado de Los Ángeles podrían ser hospitales/clínicas de enseñanza. Comprendo y acepto que los internos, residentes y becarios supervisados por un médico a cargo pueden cuidarme/cuidar al paciente. Comprendo y acepto que puedo recibir cuidados de parte de un médico que no cuenta con certificación de médico o cirujano pero que está calificado y certificado por la Junta Médica de California (California Medical Board) para brindar atención en un programa especial como profesor visitante o miembro de la facultad. También acepto que los estudiantes de medicina, odontología, enfermería y cualquier otro estudiante aprobado por el hospital/clínica podrían ayudar u observar mi atención/la atención del paciente. Acepto que el hospital/clínica puede usar y deshacerse de cualquier tejido, órgano, materia u otra pieza que se extraiga de mi cuerpo/del cuerpo del paciente.

FOTOGRAFÍAS/VIDEO/AUDIO: Acepto que se pueden tomar fotografías, grabar videos o registrar otras imágenes, o realizar grabaciones de sonido de mí/del paciente para fines de tratamiento y de las operaciones médicas del Departamento de Servicios de Salud, que incluyen revisión de pares, mejora de la calidad, capacitación y educación. Entiendo que, según la ley de California, no puedo grabar videos o audios de ningún empleado del hospital/clínica sin su autorización. Tampoco puedo compartir un video, imagen o grabación de audio de ningún empleado del hospital/clínica sin su autorización.

REGLAS DEL HOSPITAL/CLÍNICA: Acepto que yo/el paciente seguiré/á las reglas y acepto/a que el administrador/director del hospital/clínica será la única persona que decidirá si se están siguiendo las reglas del hospital/clínica. Acepto que si yo/el paciente no cumplo/cumple las reglas me/le podrían pedir que me/se vaya a casa o que se me/le dé de alta del hospital/clínica.

CUIDADO DE ENFERMERÍA: Entiendo y acepto que el hospital/clínica únicamente proporciona cuidado general de enfermería a menos que, por órdenes de mi médico/médico del paciente, yo/el paciente deba recibir cuidado más intensivo de enfermería.

PACIENTES DE MATERNIDAD: Si doy a luz a un bebé mientras soy un paciente en este hospital/clínica, acepto que estas mismas Condiciones de admisión se aplican al/los bebé(s).

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Entiendo que mi información médica/información médica del paciente está protegida por la ley estatal y federal. A menos que la ley indique que se permite, se debe firmar un formulario aparte para que el hospital/clínica use mi información médica/la información médica del paciente.

USO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA OBTENER PAGO POR LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL/CLÍNICA: Acepto que el hospital/clínica puede compartir cualquier parte de mis expedientes/expedientes del paciente, incluso la historia clínica, con la persona encargada de pagar la cuenta del hospital/clínica. Podría ser una compañía de seguro, plan de atención médica o compañía de indemnización para el trabajador. Se podría necesitar un permiso especial para compartir esta información si se está tratando a un paciente por abuso de alcohol o drogas, VIH/ SIDA o por problemas de salud mental.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo y acepto que soy la persona responsable de pagar al hospital/clínica si el paciente no tiene seguro, a las tarifas y términos regulares del hospital/clínica. Si no pago y la cuenta pasa a cobranzas, acepto pagar los costos de abogado y gastos de cobro. Si mi cuenta se atrasa, acepto que se me puede cobrar un interés según la tasa legal.

MEDI-CAL/MEDICARE: Si completé formularios del programa Medi-Cal o Medicare, acepto que completé los formularios de forma veraz. Acepto entregar la información que se necesite para completar esta solicitud. Acepto permitir que se realice el pago directamente al Departamento de Servicios de Salud y/o al Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles. Acepto pagar cualquier costo restante por el cual soy responsable legalmente. Cedo los derechos a pago que tengo conforme a Medicare parte A o B para atención en hospital/clínica, incluyendo cualquier servicio de médico, al hospital/clínica.

CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: Acepto permitir que la compañía de seguro del paciente pague directamente al Condado de Los Ángeles. Esto incluye Grupos médicos asociados con el Condado. Acepto pagar cualquier costo restante que la compañía de seguro no haya pagado.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR EN EL HOSPITAL: Entiendo que el hospital tiene una caja fuerte para dinero y objetos de valor. El hospital no se hace responsable por dinero u objetos de valor que no se guarden en la caja fuerte. Si no guardo el dinero u objetos de valor en la caja fuerte, podrían ser robados o perderse. Entiendo que debería dejar mi dinero y objetos de valor en mi casa. Entiendo que el hospital solo se hace responsable por hasta \$500 en caso de objetos perdidos/robados de la caja fuerte, a menos que tenga un recibo del hospital por un valor más alto.

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD



T-HS62SPA

DERECHOS DEL PACIENTE

Usted tiene derecho a:

1. Recibir asistencia atenta y respetuosa y a que lo hagan sentirse cómodo. Tiene derecho a que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
2. Que se notifique inmediatamente a un familiar suyo (u otro representante que usted escoja) y a su propio médico sobre su ingreso al hospital.
3. Saber el nombre del profesional de atención médica certificado que actúa en el marco de su certificación profesional y que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención, y los nombres y las relaciones profesionales de los médicos y empleados de salud que lo atenderán.
4. Recibir información sobre su estado de salud, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, probabilidades de recuperación y resultados del cuidado (entre ellos, resultados imprevistos) en términos que usted pueda entender. Usted tiene derecho a una comunicación efectiva y a participar en el desarrollo e implementación de su plan de asistencia. Usted tiene derecho a participar en preguntas éticas que se plantean en el transcurso de su cuidado, que incluyen asuntos de resolución de conflicto, rehusarse a recibir servicios de reanimación y a renunciar o retirarse de un tratamiento de soporte vital.
5. Tomar decisiones con respecto a la atención médica y recibir tanta información como necesite acerca de cualquier tratamiento o procedimiento propuesto para poder dar su consentimiento informado o rechazar un tratamiento. Excepto en emergencias, esta información debe incluir una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos importantes implicados desde un punto de vista médico, alternativas de tratamiento o no tratamiento y el riesgo que implica cada uno, y el nombre de la persona que realizará el procedimiento o tratamiento.
6. Pedir o rechazar tratamientos, en el grado permitido por la ley. Sin embargo, usted no tiene derecho a exigir tratamientos o servicios inadecuados o innecesarios desde un punto de vista médico. Usted tiene el derecho a retirarse del centro de salud, aun en contra de la opinión del personal médico, en el grado permitido por la ley.
7. Que se le notifique si el centro de salud/el profesional de atención médica certificado que actúa en el marco de su certificación profesional propone que participe o le realicen experimentos en humanos que afecten su atención o tratamiento. Tiene derecho a negarse a participar en tales proyectos de investigación.
8. Recibir respuestas razonables a cualquier pedido razonable de servicio.
9. Recibir evaluación y manejo adecuado de su dolor, información sobre el dolor, medidas de alivio de dolor y a participar en las decisiones de manejo de dolor. Usted puede pedir o rechazar el uso de alguna o todas las modalidades para aliviar dolor, entre ellas, medicamentos opiáceos, si usted sufre de dolor inextricable crónico severo. El médico puede rehusarse a recetar el medicamento opiáceo, pero, de hacerlo, tiene que informarle que existen médicos que se especializan en el tratamiento de dolor crónico severo con métodos que incluyen el uso de opiáceos.
10. Formular instrucciones anticipadas. Esto incluye designar una persona para que tome decisiones en caso de que usted sea incapaz de entender un tratamiento propuesto o no pueda comunicar sus deseos acerca de la asistencia. Los empleados y médicos del centro de salud que brindan asistencia en el establecimiento deben cumplir con estas directivas. Todos los derechos del paciente aplican a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar decisiones acerca de la asistencia médica en nombre de usted. En caso de tener una queja sobre los requisitos para las instrucciones anticipadas, puede presentarla al Departamento de Salud Pública de California (consulte la información de contacto más adelante).
11. Que se respete su privacidad personal. La discusión del caso, consulta, examen y tratamiento son de carácter confidencial y se deben llevar a cabo de forma discreta. Tiene derecho a que se le indique el motivo de la presencia de cualquier persona. Tiene derecho a que los visitantes se retiren antes de un examen y mientras se está hablando de asuntos de tratamiento. Se usarán cortinas de privacidad en habitaciones semiprivadas.
12. Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones e informes correspondientes a su atención y estadía en el centro de salud. Recibirá un "Aviso de prácticas de privacidad" por separado que explica sus derechos de privacidad en detalle y cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida.

ADVERTENCIA DE LA PROPOSICIÓN 65: La Proposición 65 requiere que el gobernador publique una lista de sustancias químicas “que el Estado sabe que causan cáncer, defectos de nacimiento o daño reproductivo”. También requiere que las compañías de California, entre ellas, proveedores de atención médica, le adviertan al público sobre la posible exposición a estas sustancias químicas. Algunas de estas sustancias químicas de la lista del gobernador se usan en establecimientos de atención médica, entre ellos, establecimientos del Departamento de Servicios de Salud y del Departamento de Salud Pública. Usted podría estar expuesto a algunas de las sustancias químicas durante su estancia en el hospital/clínica. Además de estas sustancias químicas, para tratar pacientes se utilizan algunos medicamentos que contienen sustancias químicas que el Estado sabe que causan cáncer, defectos de nacimiento o daño reproductivo. Consulte con su proveedor de servicios médicos o farmacéutico en el hospital/clínica para obtener información específica sobre cualquier medicamento que se le haya recetado. Si tiene alguna pregunta acerca de esta información, visite la Oficina de Salud Ambiental (Office of Environmental Health) en www.oehha.ca.gov o llame al (916) 445-6900.

AVISO A CONSUMIDORES: Si tiene dudas sobre el cuidado y seguridad del paciente que el hospital/clínica no ha abordado, puede contactar a la administración del hospital/clínica. Si la administración del hospital/clínica no puede resolver sus dudas, puede contactar a la Comisión Conjunta al (800) 994-6610 o complaint@jointcommission.org para informar sus inquietudes acerca del Departamento de Servicios de Salud. Los médicos de este establecimiento están habilitados y son regulados por la Junta Médica de California (Medical Board of California). Para obtener más información o para presentar una queja sobre un médico (MD), contacte a la Junta Médica de California al (800) 633-2322 o 2005 Evergreen St., #1200, Sacramento, CA 95815 o www.mbc.ca.gov/consumers/complaints. Los asistentes médicos de este hospital/clínica están habilitados y son regulados por el Comité de Asistentes Médicos (Physician Assistant Committee). Para obtener información adicional o presentar un reclamo acerca de un asistente médico (physician assistant o PA), comuníquese con el Comité de Asistentes Médicos al (916) 561-8780 o a través de www.pac.ca.gov.

MEDIANTE MI FIRMA MANIFIESTO QUE ENTIENDO Y ACEPTO TODAS LAS DECLARACIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE. SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ESTAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS. COMO PACIENTE, O COMO REPRESENTANTE DEL PACIENTE, ESTOY AUTORIZADO PARA ACEPTAR ESTAS DECLARACIONES. ENTIENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO ES VÁLIDO POR UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE MI FIRMA. SI SE SOLICITÓ, HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE ACUERDO.

FIRMA DE TESTIGO	FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA	HORA
------------------	------------------------------------------	--------------------------	-------	------

DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
-----------	-------	--------	---------------

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD



13. Recibir asistencia en un ambiente seguro, libre de abuso mental, físico, sexual o verbal y de negligencia, explotación o acoso. Tiene derecho a obtener acceso a servicios de protección y defensa, incluso a notificar a organismos del gobierno acerca de negligencia o abuso.
14. Que no se utilice ningún tipo de restricción o aislamiento como medida de coacción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.
15. Una asistencia continua, dentro de lo razonable, y a saber con anticipación la hora y el lugar de sus citas, así como la identidad de las personas que le brindan la asistencia.
16. Que el médico, o delegado del médico, le informe acerca de los requisitos y opciones de asistencia médica continua una vez que se le dé el alta del centro de salud. Tiene derecho a estar involucrado en el desarrollo e implementación de su plan de alta. Si lo solicita, también se le puede proporcionar esta información a un amigo o familiar.
17. Saber qué normas y políticas del establecimiento aplican a su conducta mientras sea un paciente.
18. Designar una persona de apoyo, así como visitantes que usted escoja, si tiene capacidad para tomar decisiones, independientemente de si el visitante es pariente consanguíneo, por vínculo matrimonial o pareja de hecho registrada o no, a menos que: no se permitan visitantes; el centro de salud determine, de manera razonable, que la presencia de un visitante en particular pondría en peligro la salud o seguridad de un paciente, de un miembro del personal del centro médico o de otro visitante del centro médico o que interrumpiría considerablemente las operaciones del centro de salud; usted haya comunicado al personal del centro médico que ya no desea que alguien en particular lo visite. Sin embargo, el centro médico puede establecer restricciones razonables para visitas, entre ellas, restricciones en los horarios de visita y número de visitantes. El centro de salud debe informarle (o a su persona de apoyo, si corresponde) acerca de sus derechos de visita, incluyendo cualquier restricción o limitación clínica. El centro de salud no puede restringir, limitar o, de otro modo, negar los privilegios de visita por motivos de raza, color, país de origen, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.
19. Que se considere su voluntad, si carece de capacidad para tomar decisiones, con el propósito de determinar quién lo puede visitar. El método de esa consideración cumple con la ley federal y se detalla en la política del centro de salud sobre visitas. Como mínimo, el centro de salud debe incluir cualquier persona que viva en su casa y cualquier persona de apoyo, de conformidad con la ley federal.
20. Examinar y recibir una explicación de su factura independientemente de la fuente de pago.
21. Ejercer estos derechos sin importar su sexo, situación económica, nivel de educación, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, orientación sexual, identidad/expresión de género, discapacidad, condición médica, estado civil, edad, pareja de hecho registrada, información genética, ciudadanía, lengua materna, estado migratorio (con excepción de lo requerido por la ley federal) o la fuente de pago para su atención médica, y a que no se le discrimine por ninguno de estos motivos.
22. Presentar una queja formal. Si desea presentar una queja ante este centro de salud, puede hacerlo por escrito o comunicándose con el Departamento de Relaciones con el Paciente/Defensa del Paciente (Patient Relations Department/Patient Advocate). Se revisará su queja formal y se le proporcionará una respuesta por escrito. La respuesta por escrito contendrá el nombre de una persona para contactar en el centro de salud, los pasos que se tomaron para investigar la queja formal, los resultados de este proceso, y la fecha de finalización del proceso. Las inquietudes con respecto a la calidad de la atención o a un alta prematura también se trasladarán a la Organización de revisión del control de calidad y utilización a cargo de expertos (Utilization and Quality Control Peer Review Organization o PRO) según corresponda.
23. Presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de California independientemente de si utiliza el proceso de queja del centro de salud. El número de teléfono del Departamento de Salud Pública de California es 800-228-5234 y la dirección es 681 S. Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868.
24. Presentar una queja ante el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Department of Fair Employment and Housing) en www.dfeh.ca.gov, al 800-884-1684 o 800-700-2320 (Teletipo (TTY)) o 2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758.