CONDITIONS OF ADMISSION CLINIC VISIT / INPATIENT
CONDICIONES DE ADMISIÓN PARA VISITA EN LA CLÍNICA/PACIENTE HOSPITALIZADO (Spanish)

CONSENTIMIENTO MÉDICO: Estoy de acuerdo con los procedimientos y tratamientos que puedan darse en mí/el paciente mientras sea paciente del hospital/clínica. Estos procedimientos y tratamientos pueden incluir exámenes físicos, pruebas de laboratorio y de otro tipo, radiografías, alivio del dolor, enfermería de rutina/simple, servicios quirúrgicos y otros servicios médicos, procedimientos y tratamientos y servicios de telesalud. Entiendo que estoy aceptando recibir atención en un hospital/clínica propiedad del condado de Los Ángeles y administrado por este. Entiendo que los hospitales/clínicas administrados por el condado de Los Ángeles pueden ser centros de enseñanza. Entiendo y acepto que los internos, residentes y becarios supervisados por un médico tratante pueden atenderme a mí/al paciente. Entiendo y acepto que puedo recibir atención de un médico que no tenga un certificado de médico y cirujano, pero que esté calificado y certificado por la Junta Médica de California para prestar atención en un programa especial como profesor que visita o miembro de la facultad. También acepto que los estudiantes de medicina, odontología, enfermería y cualquier otro estudiante aprobado por el hospital/clínica pueden ayudar en mi atención/del paciente u observarla. Acepto que el hospital/clínica pueda usar y deshacerse de cualquier tejido, órgano, materia u otro elemento extraído de mi cuerpo/del cuerpo del paciente.

FOTOGRAFÍAS/VIDEO/AUDIO: Estoy de acuerdo en que se tomen fotografías, video u otras imágenes, o grabaciones de audio de mí/del paciente con fines de tratamiento y para las operaciones de atención médica del Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services) o del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health), incluyendo la revisión por pares, la mejora de la calidad, la formación y la educación. Entiendo que en virtud de la ley de California no puedo filmar o grabar a un empleado del hospital/clínica sin su permiso. Tampoco puedo compartir un video, foto o grabación de un empleado del hospital/clínica sin su permiso.

NORMAS DEL HOSPITAL/CLÍNICA: Estoy de acuerdo en que yo/paciente cumpla las normas y acepto que el administrador/director del hospital/clínica sea la única persona que decida si se están cumpliendo las normas del hospital/clínica. Acepto que si yo/paciente no cumple las normas, es posible que se le pida que se vaya a casa o que se le dé de alta del hospital/clínica.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: Entiendo y acepto que el hospital/clínica solo ofrece atención general de enfermería, a menos que, por orden de mi médico/el médico del paciente, yo/paciente reciba atención de enfermería más intensiva.

PACIENTES DE MATERNIDAD: Si doy a luz a un bebé mientras soy paciente de este hospital/clínica, acepto que estas mismas Condiciones de Admisión se apliquen a dicho bebé.

REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Entiendo que la información médica sobre mí/el paciente está protegida por las leyes estatales y federales. A menos que la ley diga que está permitido, se debe firmar un formulario por separado para que el hospital/clínica use la información médica mía/del paciente.

USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA RECIBIR EL PAGO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL/CLÍNICA: Estoy de acuerdo en que el hospital/clínica puede compartir cualquier parte de los registros míos/del paciente, incluyendo el expediente médico, con alguien que sea responsable de pagar la factura del hospital/clínica. Puede tratarse de una compañía de seguros, un plan de atención médica o una compañía de compensación laboral. Si un paciente está recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o drogas, VIH/sida o problemas de salud mental, es posible que se necesite un permiso especial para compartir esta información.

ACUERDO ECONÓMICO: Entiendo y acepto que soy la persona responsable de pagar al hospital/clínica si el paciente no tiene seguro, según las tarifas y términos habituales del hospital/clínica. Si no pago y la factura pasa a una agencia de cobranza, acepto pagar los honorarios de los abogados y los gastos de cobranza. Si mi cuenta se retrasa, acepto que se me cobren intereses a la tasa legal.

MEDI-CAL/MEDICARE: Si completé formularios del Programa Medi-Cal o Medicare, acepto que completé los formularios con la verdad. Estoy de acuerdo en compartir la información necesaria para completar esta solicitud. Acepto que se pague directamente al Departamento de Servicios de Salud o Departamento de Salud Pública del condado de Los Ángeles. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo restante del cual soy legalmente responsable. Doy los derechos que tengo al pago en virtud de la Parte A o B de Medicare para la atención en el hospital/clínica, incluyendo cualquier servicio médico en el hospital/clínica.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Estoy de acuerdo en permitir que la compañía de seguros del paciente pague directamente al condado de Los Ángeles. Esto incluye grupos médicos asociados con el condado. Acepto pagar cualquier gasto restante no pagado por la compañía de seguros.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR EN EL HOSPITAL: Entiendo que el hospital tiene una caja fuerte para guardar dinero y objetos de valor. El hospital no se hace responsable del dinero u objetos de valor que no se pongan en la caja fuerte. Si pongo dinero u objetos de valor en la caja fuerte, pueden robarse o perderse. Entiendo que debo dejar mi dinero y objetos de valor en casa. Entiendo que el hospital solo se hace responsable de los artículos perdidos/robados en la caja fuerte por un valor máximo de $500, a menos que yo tenga un recibo del hospital por una cantidad mayor.

PATIENT HIM LABEL
NAME
DOB
FIN#
MR#
SEX on ID

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Usted tiene derecho a:

1. Atención considerada y respetuosa, y a sentirse cómodo. Tiene derecho a que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
2. Que se informe de inmediato a un familiar (u otro representante de su elección) y a su propio médico de su ingreso en el hospital.
3. Conocer el nombre del proveedor de asistencia médica autorizado que actúa dentro del ámbito de su licencia profesional y que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención y los nombres y relaciones profesionales de los médicos y no médicos que lo atenderán.
4. Recibir información sobre su estado médico, diagnóstico, pronóstico, curso del tratamiento, perspectivas de recuperación y resultados de la atención (incluyendo los resultados imprevistos) en términos que pueda comprender. Usted tiene derecho a acceder a sus registros médicos. Recibirá por separado un "Aviso de prácticas de privacidad" que explica sus derechos para acceder a sus registros. Tiene derecho a una comunicación eficaz y a participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención. Tiene derecho a participar en las cuestiones éticas que surjan en el curso de su atención, incluyendo las relativas a la resolución de conflictos, la retención de servicios de reanimación y la renuncia o retiro de tratamientos de soporte vital.
5. Tomar decisiones relativas a la atención médica y recibir toda la información sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto que pueda necesitar para dar su consentimiento informado o rechazar un tratamiento. Salvo en casos de emergencia, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicos significativos que conlleva, las alternativas de tratamiento o no tratamiento y los riesgos que conlleva cada una de ellas, y el nombre de la persona que hará el procedimiento o tratamiento.
6. Pedir o rechazar tratamiento, en la medida en que lo permita la ley. Sin embargo, no tiene derecho a exigir tratamientos o servicios inadecuados o innecesarios desde el punto de vista médico. Tiene derecho a irse del centro médico, incluso en contra del consejo de los miembros del personal médico, en la medida en que lo permita la ley.
7. Que se le avise si el centro médico/proveedor de asistencia médica autorizado que actúa dentro del ámbito de su licencia profesional tiene intenciones de participar o hacer experimentos con seres humanos que afecten a su atención o tratamiento. Usted tiene derecho a negarse a participar en tales proyectos de investigación.
8. Respuestas razonables a cualquier solicitud razonable de servicio.
9. Evaluación y tratamiento adecuados de su dolor, información sobre el dolor, medidas para aliviar el dolor y a participar en las decisiones sobre el tratamiento del dolor. Puede pedir o rechazar el uso de alguna o todas las modalidades para aliviar el dolor, incluyendo los medicamentos opiáceos, si padece dolor crónico grave intratable. El médico puede negarse a recetarle el medicamento opiáceo, pero si es así, debe informarlo de que existen médicos especializados en el tratamiento del dolor con métodos que incluyen el uso de opiáceos.
10. Formular voluntades anticipadas. Esto incluye la designación de un responsable de la toma de decisiones si usted se vuelve incapaz de comprender un tratamiento propuesto o no puede comunicar lo que quiere con respecto a la atención. El personal del centro médico y los proveedores de asistencia médica que presten atención en el centro deberán cumplir estas directrices. Todos los derechos de los pacientes se aplican a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar decisiones relativas a la atención médica en su nombre. Las quejas sobre los requisitos de las directrices anticipadas pueden presentarse ante el Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health) (consulte la información de contacto más abajo).
11. Derecho a que se respete su privacidad personal. La discusión del caso, la consulta, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben hacerse con discreción. Tiene derecho a que se le explique el motivo de la presencia de cualquier persona. Tiene derecho a que las visitas se vayan antes de un examen y cuando se discutan cuestiones relacionadas con el tratamiento. Se usarán cortinas de privacidad en las habitaciones semiprivadas.
12. Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relativos a su atención y estancia en el centro médico. Recibirá por separado un "Aviso de prácticas de privacidad" que explica detalladamente sus derechos de privacidad y cómo podemos usar y revelar su información médica protegida.

AVISO A LOS CONSUMIDORES: Si tiene alguna preocupación sobre la atención y la seguridad del paciente que el hospital/clínica no haya resuelto, lo animamos a que se comunique con la administración del hospital/clínica. Si las preocupaciones no pueden resolverse a través de la administración del hospital/clínica, puede comunicarse con The Joint Commission al (800) 994-6610 o en complaint@jointcommission.org para informar sobre preocupaciones relacionadas con los establecimientos del Departamento de Salud. Los médicos, las parteras autorizadas, los psicoanalistas investigadores, los tecnólogos polisomnográficos, los técnicos y los aprendices, están licenciados y regulados por la Junta Médica de California. Para verificar la licencia o presentar una reclamación, visite www.mbc.ca.gov, envíe un correo electrónico a licensecheck@mbc.ca.gov, o llame al (800) 633-2322, o a 2005 Evergreen St., #1200, Sacramento, CA 95815, o en www.mbc.ca.gov/consumers/complaints. Los asistentes médicos de este hospital/clínica están licenciados y regulados por el Comité de Asistentes Médicos. Para obtener más información o presentar una reclamación sobre un asistente médico (PA), comuníquese con el Comité de Asistentes Médicos al (916) 561-8780 o www.pac.ca.gov.

FIRMO ESTE DOCUMENTO PARA DECIR QUE ENTIENDO Y ACEPTO TODAS LAS DECLARACIONES DE ARRIBA. SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y DE OBTENER RESPUESTAS. ESTOY AUTORIZADO COMO PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE A ACEPTAR ESTAS DECLARACIONES. ENTIENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO ES VÁLIDO SOLO PARA ESTA HOSPITALIZACIÓN, O 3 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE MI FIRMA, SI ESTOY SIENDO ATENDIDO EN LA CLÍNICA. SI SE SOLICITÓ, HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE ACUERDO.

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

DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	CP

PATIENT HIM LABEL
NAME
DOB
FIN#
MR#
SEX on ID

13. Recibir atención en un entorno seguro, libre de abusos mentales, físicos, sexuales o verbales y de negligencia, explotación o acoso. Tener derecho a acceder a servicios de protección y defensa, incluyendo el informe de negligencias o abusos a organismos gubernamentales.
14. Estar libre de cualquier forma de restricción y reclusión usada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por el personal.
15. Continuidad razonable de la atención y conocer con antelación la hora y el lugar de las citas, y la identidad de las personas que prestan la atención.
16. Ser informado por el médico, o un delegado del médico, de los requisitos y opciones de atención médica continua tras el alta del centro médico. Tiene derecho a participar en la formulación y aplicación de su plan de alta. A petición suya, también se puede facilitar esta información a un amigo o familiar.
17. Saber qué normas y políticas del centro médico se aplican a su conducta mientras sea paciente.
18. Designar a una persona de apoyo, y a visitas de su elección, si tiene capacidad de tomar decisiones, independientemente de que la visita tenga o no relación de parentesco por consanguinidad, matrimonio o estado de pareja doméstica legal, a menos que: no se permitan visitas; el centro médico determine razonablemente que la presencia de una visita en particular pondría en peligro la salud o seguridad de un paciente, un miembro del personal del centro médico u otra visita del centro médico, o perturbaría significativamente el funcionamiento del centro médico; usted haya comunicado al personal del centro médico que ya no quiere que una persona en particular lo visite. Sin embargo, un centro médico puede establecer restricciones razonables a las visitas, incluyendo restricciones sobre las horas de visita y el número de visitas. El centro médico debe informarlo a usted (o a su persona de apoyo, si corresponde) de sus derechos de visita, incluyendo las restricciones o limitaciones clínicas. El centro médico no está autorizado a restringir, limitar o denegar los privilegios de visita por motivos de raza, color, país de origen, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.
19. Que se tenga en cuenta lo que usted quiere si carece de capacidad para tomar decisiones, a efectos de determinar quién puede visitarlo. El método de dicha consideración cumplirá la ley federal y se revelará en la política de visitas del centro médico. Como mínimo, el centro médico incluirá a las personas de su grupo familiar que vivan en su domicilio y a cualquier persona de apoyo conforme a la ley federal.
20. Examinar y recibir una explicación de su factura independientemente de la fuente de pago. La base de datos Open Payments es una herramienta federal que sirve para buscar pagos hechos por empresas de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Puede consultarse en openpaymentsdata.cms.gov.
21. Ejercer estos derechos sin discriminación por razón de sexo, situación económica, nivel de estudios, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, orientación sexual, identidad/expresión de género, discapacidad, condición médica, estado civil, edad, situación de pareja doméstica legal, información genética, ciudadanía, lengua materna, situación migratoria (excepto cuando lo exija la ley federal) o la fuente de pago de la atención.
22. Presentar una queja formal. Si quiere presentar una queja formal ante este centro médico, puede hacerlo por escrito o llamando al Departamento de Relaciones con el Paciente/Defensa del Paciente (Patient Relations Department/Patient Advocate). Su queja formal se examinará y recibirá una respuesta por escrito. La respuesta por escrito incluirá el nombre de una persona de contacto del centro médico, las medidas tomadas para investigar la queja formal, los resultados del proceso de queja y la fecha de finalización del proceso de queja formal. Las preocupaciones relacionadas con la calidad de la atención o el alta prematura también se remitirán a la Organización de Revisión por Pares de Utilización y Control de Calidad (PRO) correspondiente, según corresponda.
23. Presentar una reclamación ante el Departamento de Salud Pública de California, independientemente de si usa o no el proceso de quejas formales del centro médico. El número de teléfono y la dirección del Departamento de Salud Pública de California son 800-228-5234, 681 S Parker St., Suite 200, Orange, CA 92868.
24. Presente una reclamación ante el Departamento de Vivienda y Empleo Justos (Department of Fair Employment and Housing) en www.dfeh.ca.gov, 800-884-1684 u 800-700-2320 (TTY) o 2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758.