

# CONDITIONS OF ADMISSION

Patient's Name: \_\_\_\_\_

## **CONSENT TO MEDICAL AND SURGICAL PROCEDURES**

I consent to the procedures that may be performed during this hospitalization or while I am an outpatient. These may include, but are not limited to, emergency treatment or services, laboratory procedures, X-ray examinations, medical or surgical treatment or procedures, anesthesia, or hospital services provided to me under the general and special instructions of my physician or surgeon. I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks of injury or even death. I acknowledge that no guarantees have been made to me regarding the result of examination or treatment in this hospital.

## **NURSING CARE**

This hospital provides only general nursing care and care ordered by the physician(s). If I want a private duty nurse, I agree to make such arrangements. The hospital is not responsible for failure to provide a private duty nurse and is hereby released from any and all liability arising from the fact that the hospital does not provide this additional care.

## **LEGAL RELATIONSHIP BETWEEN HOSPITAL AND PHYSICIANS**

All physicians and surgeons providing services to me, including the radiologist, pathologist, emergency physician, anesthesiologist and others, are not employees or agents of the hospital. They have been granted the privilege of using the hospital for the care and treatment of their patients, but they are not employees or agents of the hospital.

Patient initials: \_\_\_\_\_

I understand that I am under the care and supervision of my attending physician. The hospital and its nursing staff are responsible for carrying out my physician's instructions. My physician or surgeon is responsible for obtaining my informed consent, when required, to medical or surgical treatment, special diagnostic or therapeutic procedures, or hospital services provided to me under my physician's general and special instructions.

## **MATERNITY PATIENTS**

If I deliver an infant(s) while a patient of this hospital, I agree that these same Conditions of Admission apply to the infant(s).

## **PERSONAL BELONGINGS**

As a patient, I am encouraged to leave personal items at home. The hospital maintains a fireproof safe for the safekeeping of money and valuables. The hospital is not liable for the loss or damage to any money, jewelry, documents, or other articles that are not placed in the safe. Hospital liability for loss of any personal property deposited with the hospital for safekeeping is limited by law to five hundred dollars (\$500.00) unless I receive a written receipt for a greater amount from the hospital.

## **FINANCIAL AGREEMENT**

I agree to promptly pay all hospital bills in accordance with the regular rates and terms of the hospital, including its charity care and discount payment policies, if applicable. I understand that all physicians and surgeons, including the radiologist, pathologist, emergency physician,

anesthesiologist, and others, will bill separately for their services. Should any account be referred to an attorney or collection agency for collection, I will pay actual attorneys' fees and collection expenses. All delinquent accounts shall bear interest at the legal rate, unless prohibited by law.

Patient initials: \_\_\_\_\_

**ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS**

I assign and authorize direct payment to the hospital of all insurance benefits payable for this hospitalization or for these outpatient services. I agree that the insurance company's payment to the hospital pursuant to this authorization shall discharge the insurance company's obligations to the extent of such payment. I understand that I am financially responsible for charges not paid according to this assignment.

**HEALTH PLAN OBLIGATION**

This hospital maintains a list of health plans with which it contracts. A list of such plans is available upon request from the financial office. The hospital has no contract, express or implied, with any plan that does not appear on the list. I agree to pay the full charges of all services rendered to me by the hospital if I belong to a plan that does not appear on the above mentioned list. All physicians and surgeons, including the radiologist, pathologist, emergency physician, anesthesiologist, and others, will bill separately for their services. It is my responsibility to determine if physicians providing services to me contract with my health plan, if any.

I certify that I have read the foregoing and received a copy thereof. I am the patient, the patient's legal representative, or am otherwise duly authorized by the patient to sign the above and accept its terms on his/her behalf.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(patient/parent/conservator/guardian)

If signed by other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

**Financial Responsibility Agreement by Person Other Than the Patient or the Patient's Legal Representative**

I agree to accept financial responsibility for services rendered to the patient and to accept the terms of the Financial Agreement, Assignment of Insurance Benefits, and Health Plan Obligation provisions above.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
(financially responsible party)

If signed by other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

**A COPY OF THIS DOCUMENT SHOULD BE GIVEN TO THE PATIENT AND ANY OTHER PERSON WHO SIGNS THIS DOCUMENT.**



# CONDICIONES PARA LA ADMISION

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO A PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS**

Doy mi consentimiento a los procedimientos que podrían efectuarse durante esta hospitalización o mientras sea paciente externo. Estos podrían incluir, entre otros, tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia, o servicios de hospital que se me proporcionen, sin limitarse a éstos, bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico o cirujano. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no constituyen ciencias exactas y que el diagnóstico y tratamiento pueden conllevar riesgo de lesión y hasta de muerte. Reconozco que no se han hecho garantías respecto al resultado del examen o tratamiento en este hospital.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Este hospital suministra únicamente atención de enfermería general, y atención solicitada por el(los) médico(s). Si deseo un(a) enfermero(a) privado(a), estoy de acuerdo en hacer los arreglos necesarios. El hospital no es responsable en caso de que no se proporcionara un(a) enfermero(a) privado(a) y por medio del presente queda eximido de cualquier y toda responsabilidad que se origine a partir del hecho de que el hospital no proporciona esta atención adicional.

## **LOS MÉDICOS SON PRACTICIONEROS MÉDICOS INDEPENDIENTES**

Todos los médicos y cirujanos que me proporcionen servicios, incluyendo el radiólogo, el patólogo, el médico de emergencias, el anestesiólogo y otros no son empleados ni agentes del hospital. Se les ha otorgado el privilegio de utilizar el hospital para la atención y el tratamiento de sus pacientes, pero no son empleados o agentes del hospital.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

Entiendo que estoy bajo la atención y supervisión de mi médico. El hospital y su personal de enfermería son responsables del cumplimiento de las instrucciones de mi médico. Es la responsabilidad de mi médico o cirujano obtener el consentimiento informado del paciente, en caso necesario, para el tratamiento médico o quirúrgico, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o los servicios de hospital que me proporcionen bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico.

## **PACIENTES DE MATERNIDAD**

Si diera a luz a mi bebé como paciente de este hospital, estoy de acuerdo en que estas mismas Condiciones de Admisión se aplicarán al bebé.

## **OBJETOS PERSONALES**

Como paciente, se me exhorta a dejar mis pertenencias personales en casa. El hospital mantiene una caja fuerte a prueba de incendios para la protección de dinero y artículos de valor. El hospital no será responsable por pérdidas ni daños a cualquier dinero, joyas, documentos, u otros artículos de valor que no se coloquen en dicha caja fuerte. La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier propiedad personal depositada en la caja fuerte del hospital para su protección está limitada por ley a quinientos dólares (\$500.00) excepto cuando obtenga del hospital un recibo escrito que indique una cantidad mayor.

**ACUERDO SOBRE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Estoy de acuerdo en pagar puntualmente todas las facturas del hospital de acuerdo con las tarifas y condiciones normales del hospital, incluyendo su programa de la ayuda financiera. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo y otros facturarán sus servicios por separado. En caso de que la cuenta se entregue a un abogado o a una agencia de cobranzas para conseguir la liquidación, pagaré los honorarios del abogado y los costos de la cobranza. Todas las cuentas vencidas acumularán interés a la tasa legal a menos de que sea prohibido por la ley.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

**LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO**

Asigno y autorizo el pago directo al hospital de todos los beneficios del seguro pagaderos por esta hospitalización o los servicios de paciente externo. Estoy de acuerdo en que el pago de la compañía de seguros al hospital según esta autorización deberá cubrir las obligaciones de la compañía de seguros hasta donde abarque dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de cargos que no se paguen de acuerdo con esta asignación.

**LA OBLIGACIÓN DE UN PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA (HEALTH PLAN)**

Este hospital mantiene una lista de los planes de atención médica con los que tiene contrato. A petición, hay disponible una lista de estos planes en la oficina de finanzas. El hospital no tiene contrato expreso ni implícito con ningún plan que no aparezca en la lista. Estoy de acuerdo en pagar la totalidad de los cargos de todos los servicios que me hayan sido proporcionados por el hospital en caso de que pertenezca a un plan que no aparezca en la lista antes mencionada. Todoa los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo, y otros facturarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si los médicos que me proporcionan servicios tengan algún contrato con mi plan de salud, si lo hubiera.

Doy fe de que he leído lo anterior y que he recibido una copia del documento. Soy el paciente, o el representante legal del paciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente para firmar este documento y aceptar sus términos y condiciones en su nombre.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente/padre/madre/conservador/tutor)

En caso de firmarse por una persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Testigo (Witness): \_\_\_\_\_

**Acuerdo de Responsabilidad Financiera por Parte de una Persona que no Sea el Paciente ni el Representante Legal del Paciente**

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y en aceptar las condiciones del Acuerdo sobre la Responsabilidad Financiera, de la Asignación de Beneficios de Seguro, y de las disposiciones de la Obligación de un Plan de Atención Médica expuestos anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(*firma de la persona con responsabilidad financiera*)

En caso de firmarse por una persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Testigo (*Witness*): \_\_\_\_\_

**DEBE ENTREGARSE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE Y A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE LO FIRME.**

**A COPY OF THIS DOCUMENT SHOULD BE GIVEN TO THE PATIENT AND ANY OTHER PERSON WHO SIGNS THIS DOCUMENT.**