HOUSTON PHYSICIANS' HOSPITAL

CONSENTIMIENTO DE CENTRO MEDICO - TEXAS

Place Patient Sticker Here

CONDICIONES DE ADMISIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO
CONSENTIMIENTO PARA PATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA

1. Yo,el abajofirmante consentimiento a los procedimientos que se pueden realizar durante esta hospitalización o de forma ambulatoria, incluyendo el tratamiento o servicios de emergencia, y que pueden incluir, pero no se limitan a los procedimientos de laboratorio, rayos X exámenes, procedimientos de diagnóstico, el acceso a información de prescripción, médico, de enfermería o de tratamiento o procedimientos quirúrgicos, anestesia, o de servicios hechos a mí bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico.

2. A excepcion de casos de emergencia, operaciones o procedimientos no se realiza hasta que haya tenido la oportunidad de recibir esta información y he dado mi consentimiento. Si hay cirugías o procedimientos que no quiero realizar, he informado a mi médico.

3. Autorizo a mi médico que utilize asociados, ayudantes, u otros profesionales de la salud adicionales para ayudar con mi cirugía / procedimiento médico. Mi médico podrá ceder o solicitar asistencia adicional de los anestesistas, otros proveedores de anestesia, los médicos residentes en formación con licencia y otras personas que realizan atención médica especializada y tratamiento. Mi médico me ha explicado su parte y su implicación en mi cuidado y tratamiento.

4. Yo entiendo la relación legal entre el hospital y el médico, y que las personas que realizan estos servicios médicos especializados, como la anestesia, los cirujanos, profesionales de la salud, radiología o patología, son contratistas independientes y no son agentes o empleados de la instalación o mi doctor. Puesto que son contratistas independientes, el centro medico no es responsable de sus actos u omisiones.

5. Tengo entendido que el centro medico mantiene personal y equipo para ayudar a mi doctor con operaciones quirúrgicas y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales. Consentimiento para el tratamiento de este personal y equipo para mi cuidado.

6. Autorizo a la presencia de observadores aprobados para mi cirugía / procedimiento médico. Esto incluye a los estudiantes de medicina / enfermería; residentes de la escuela de medicina / pasantes; especialistas en equipos de la compañía médica; y otros estudiantes de medicina. Mi médico ha discutido esto conmigo y explica su parte en la cirugía / procedimiento médico. Entiendo que tengo el derecho a la intimidad y que no tiene que estar de acuerdo con su presencia durante la cirugía / procedimiento médico.

7. Autorizo al patólogo para usar su discreción en la eliminación de cualquier parte de mi cuerpo, órgano, o otro tejido extraído de mi cuerpo durante el procedimiento de cirugía / médica.

8. Autorizo al personal de el centro medico o mi médico para fotografiar o grabar en video a mi procedimiento de cirugía / médica y el uso de las impresiones, negativos o cintas de vídeo para rasones relacionadas con mi salud, mi actividad profesional o la educación médica. No se mostrará mi identidad, y las fotos, negativos y cintas de video será propiedad del médico o el Fondo.

9. En caso de una emergencia, autorizo a la Facilidad y mi doctor me traslado a otro centro de atención médica si es médicamente necesario para mi cuidado. También autorizo a la liberación de mis registros médicos a esa instalación y para otros médicos que continuarán mi cuidado.

10. En el caso muy raros que un empleado de la institución o profesional de la salud tiene la exposición accidental a mi sangre o otros fluidos corporales (por ejemplo, que están cortados por una aguja), autorizo a la Facilidad para extraer mi sangre para las pruebas de detectar la presencia del VIH / SIDA o hepatitis. Sé que no tendrán que pagar para esta prueba. Los resultados del examen serán utilizados, si las pruebas demuestran la presencia de estas enfermedades, para ofrecer atención médica a los empleados o profesionales de la salud y para proteger mi

salud y la salud de mi familia. Todos los resultados serán remitidos a mi médico personal confidencial seguimiento médico y el tratamiento si es necesario.

DIRECTIVAS AVANZADAS:

11. Yo entiendo que las instrucciones anticipadas pueden incluir testamentos u otros acuerdos de sucesiones, poderes notariales duraderos o nombramiento de un "sustituto de atención médica".

Por favor, lea y escriba sus iniciales todas las declaraciones aplicables y el círculo de las palabras [SI] o [NO]:

Directiva anticipada (Por favor, seleccione uno):	_____SI tengo una directiva anticipada y ejecutado conforme y presente una copia al hospital cuando lo pidieron. _____SI tengo una directiva anticipada y ejecutado pesar pero no han presentado una copia al hospital.
	_____ NO tengo una directiva anticipada ejecutado. En el hospital me ha ofrecido información sobre la directiva anticipada, que [DESEO o NO DESEO] recibir
El poder duradero del abogado (Por favor, seleccione uno):	_____ SI tengo un poder de duración ejecutada notarial para decisiones del cuidado médico y si he presentado una copia al hospital. _____ SI tengo un poder de duración ejecutada notarial para decisiones del cuidado médico, pero no he presentado una copia al hospital
	_____NO tengo un poder de duración ejecutada notarial para decisiones del cuidado médico. En el hospital me ha ofrecido información sobre poder duradero de decisiones del cuidado médico que [DESEO o NO DESEO] desea recibir.

12. **OBJETOS PERSONALES DE VALOR:**
Tengo entendido que el centro medico mantiene un seguro para guardar dinero y personales objetos de valor, y que el hospital no será responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero o valores personales, a no ser colocado en el mismo seguro y no será responsable por pérdidas o daños a cualquier otra propiedad personal, a no ser depositado con el centro medico para su custodia.

13. **ARMAS / EXPLOSIVOS / DROGAS**:
Entiendo y acepto que si el centro medico en cualquier momento cree que puede haber un arma, artefactos explosivos, sustancias ilegales o drogas, o cualquier bebida alcohólica en mi habitación, o con mis pertenencias, el Mecanismo puede buscar mi habitación y mis pertenencias, confiscar cualquiera de los elementos anteriores que se encuentran, y disponer de ellos según el caso, incluida la entrega de cualquier artículo a las autoridades policiales.

ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Estoy de acuerdo en que el centro medico puede divulgar mi "información médica protegida" (PHI) de conformidad con HIPAA disposiciones de privacidad que pueden incluir mis registros médicos, a los pagadores de terceros, incluyendo, pero no limitado a las aseguradoras de salud, planes de servicio de atención médica, agencias estatales y federales, los portadores de compensación de trabajadores, fabricantes requeridos por la FDA para realizar un seguimiento de los dispositivos médicos, o de mi empleador cuando proceda legalmente. Esto incluye la liberación adecuada de y divulgación de mis registros médicos de acuerdo con las disposiciones de privacidad a mis

médicos y otros profesionales de la salud cuando sea necesario para mi tratamiento y la salud general. Mientras estoy en el centro medico para el tratamiento y la atención, el centro medico dispone de permiso para divulgar información pertinente a los familiares designados, amigos o cuidadores designados que pueden estar presentes conmigo. Yo entiendo que si no estoy presente en lel centro medico, la información de mi salud personal no será divulgada a menos que yo estoy de acuerdo con la divulgación.

ACUERDO FINANCIERO: Estoy de acuerdo en pagar el Hospital de Houston Physicians', Webster, condado de Harris Texas (el centro medico) para todos los servicios y productos administrados al paciente. Entiendo y reconozco que cualquier dinero recaudado por el centro medico antes de la fecha los servicios son prestados o productos son administrados por el centro medico serán aplicados como un depósito hacia cargos totales evaluados para el cuidado del paciente. El depósito no se considerará el pago total por los servicios prestados o productos administrados por el centro medico. Si participo en un plan de atención administrada, como un HMO o PPO, prometo pagar por los servicios prestados o productos administrados al paciente que no están cubiertos bajo el plan como resultado de la información del paciente inexacta, incompleta o extemporánea proporcionada por me a el centro medico y cualquier de los cargos de la red.

CONDICIONES: 30 días desde la fecha de la factura a menos que se indique lo contrario anteriormente. En caso de ser necesario colección, la parte responsable se compromete a pagar las tasas de recogida adicionales, y todos los gastos legales de la colección sin demanda, incluyendo honorarios de abogados, costas judiciales y los honorarios de presentación.

ASIGNACIÓN de beneficios de seguro: Por la presente cedo todos mis derechos, títulos e intereses sobre y para los beneficios médicos básicos y los principales especificados en este documento, que de otro modo sería pagadero a mí, a mi médico (s), incluyendo, pero no limitado a, mi anestesiólogo (s), radiólogo (s), patólogo (s) y la sala de urgencias médico (s) y cualquier otro profesional de la salud que está / están proporcionando servicios profesionales a mí a continuación. Además, autorizo pagos separados a hacerse directamente a dicho médico (s) y / o profesional de la salud si, y en la medida, están de acuerdo en aceptar esta asignación de beneficios de seguro. Yo entiendo que soy responsable de dicho médico (s) y / o profesional de la salud si, y en la medida, que no aceptan la cesión de su paga parte (s) y / o beneficios de seguro. En el caso de dicho médico (s) y / o profesional de salud acepto las asignaciones del pagador (s) tercero y o beneficios de seguro, entiendo que soy responsable de cualquier y todos los cargos no cubiertos por esta asignación de beneficios.

Estoy de acuerdo en pagar los saldos pendientes de pago en mi cuenta no más de 90 días después de la fecha de servicio.

ACCESO DE PROPIEDAD: El médico que lo remite a nuestro centro puede tener un porcentaje de participación en este centro medico. Usted es libre de elegir otro centro en el que recibir servicios.

MEDICARE CERTIFICACION, autorización para revelar información, Y PAGOSOLICITUD: Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para esto o una reclamación relacionada con Medicare. Solicito que el pago de beneficios autorizados en mi nombre.

HOUSTON PHYSICIANS' HOSPITAL

CONSENTIMIENTO DE CENTRO MEDICO - TEXAS

Place Patient Sticker Here

HIPAA AVISO DE PRIVACIDAD: Reconozco que he recibido aviso de privacidad HIPAA del Fondo y he tenido la oportunidad de revisar su contenido. _____ con la fecha efectiva de 09.23.2013. (Por favor inicial)

Para uso exclusivo del personal

El paciente / representante personal nombrado arriba se le proporcionó una copia del "Aviso de prácticas de privacidad." Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener un reconocimiento escrito de su / su recepción de la notificación, pero este reconocimiento no se pudo obtener porque:

_ Paciente / representante personal se negó a firmar

_ Paciente / Representante Personal no pudo firmar

_ El paciente tenía una emergencia médica y un intento de obtener el reconocimiento se hará en la próxima oportunidad disponible.

_ Otro motivo (especifíquese): _____

_____

_____

Firma del miembro del personal que llena el formulario:

_____ _____ _____

Fecha Hora

Original, que debe mantenerse en la historia clínica del paciente

DECLARACIÓN DE DERECHOS: Reconozco que he sido notificado y se muestra la declaración de mis derechos y comprendo mis derechos como paciente. _____(Inicial).

Certifico que he leído este documento, y soy el paciente, o estoy debidamente autorizado a ejecutar este formulario. Mi firma certifica que (1) que he leído y comprendido la información proporcionada en este formulario; (2) que he tenido la oportunidad de hacer preguntas; (3) que la información se ha presentado de manera clara, y (4) que acepto sus condiciones.

_____

Firma del paciente Fecha Hora

_____

Padre / Garante / conservador Fecha Hora

_____

Testigo Fecha Hora

HOUSTON PHYSICIANS' HOSPITAL

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDADES DE EL PACIENTE

Place Patient Label Here

1. Voy a ofrecer información precisa acerca de las enfermedades actuales y pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y el estado "NPO".

2. Voy a hacer todo lo posible para comprender las implicaciones de mi procedimiento, incluyendo los riesgos de rechazar el tratamiento, y voy a pedir una aclaración cuando sea necesario.

3. Voy a llegar a la hora programada o notificar a las instalaciones de la incapacidad para hacerlo.

4. Voy a seguir todas las instrucciones de descarga.

5. Seré respetuoso de los derechos de otros pacientes y el personal.

6. Seré respetuoso de la propiedad de otros.

7. Voy a informar inmediatamente a mi médico de cambio en mi condición o reacción adversa.

8. Voy a participar activamente en el manejo del dolor mio, notificando al personal de la ubicación y la intensidad de mi dolor, así como qué tipo de intervenciones, si alguno ha trabajado en el pasado. Voy a informar de cómo las intervenciones ayudaron con el control de el dolor, mientras que estoy en la instalación yo voy a trabajar con el personal para lograr un nivel adecuado de control del dolor.

9. Voy a ser responsable de asegurarse que las obligaciones financieras de mi cuidado de la salud se cumplan tan pronto como sea posible.

Entiendo cuáles son mis responsabilidades en el Houston Physicians' Hospital y voy a cumplirlas.

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

_____ _____

Firma del Testigo Fecha

HOUSTON PHYSICIANS' HOSPITAL

MODO DE LAS LIMITACIONES, LAS MODIFICACIONES O DIVULGACIÓN LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Place Patient Label Here

PARTE 1

- Es posible dejar mensajes en el contestador automático o correo de voz en relación con recordatorios de citas, resultados de pruebas, etc., epor favor indica el nombre de la oficina Nombre / médico.

❑ Doy permiso para dejar un mensaje.

❑ NO doy permiso para dejar un mensaje.

- Cuando estoy en la instalación en su tratamiento y cuidado, tienes mi permiso para divulgar información pertinente a los miembros de la familia, amigos o cuidadores designados que pueden estar presentes conmigo. (Entiendo que si no estoy presente en la instalación, no se divulga mi información médica personal a menos que estoy muy de acuerdo con la divulgación)

❑ Sí Ver Parte 2

❑ No Ver Parte 3

PARTE 2

- Si desea dar permiso para este typo de comunicación, por favor complete una de estas dos opciones. Si no selecciona una opción, no vamos a revelar cualquier información:

❑ Doy permiso para hablar de mi tratamiento con condiciones que las personas que se identifican como miembros de mi familia, amigos o cuidadores designados cuando no estoy presente para dar mi consentimiento.

❑ Doy permiso para hablar de mi tratamiento o condición sólo con la persona (s) siguiente cuando yo no estoy presente para dar mi consentimiento.

Nombre_____ Relación _____ Nombre _____ Relación _____

PARTE 3 ~ Para La Cirugía, Observación Hospitalizados O Ambulatorios

- Yo entiendo que seré contactado después de la descarga por una enfermera para evaluar mi progreso postoperatorio.

Por favor, elige el método preferido de contacto:

❑ Por favor, sólo en contacto conmigo (el paciente).
El mejor número para comunicarse conmigo es _____ El mejor tiempo es_____

❑ Doy permiso para dejar un mensaje.

❑ No doy permiso para dejar un mensaje.

❑ No ponerse en contacto conmigo (el paciente) después de la operación.

O

Designo _____recibir la llamada en el teléfono number_____

El mejor momento para llamar es_____

Firma _____ Fecha / Hora _____

HOUSTON PHYSICIANS' HOSPITAL ☐

HOUSTON PHYSICIANS' SURGERY CENTER ☐

Cuestionario Paciente Sobre Una Lesión

Place Patient Label Here

1. Is su procedimiento debido a una lesión? No _____ (puede detenerse aquí, no hay otras preguntas para completar)
   Si _____ (por favor conteste el resto de las preguntas en tan el mayor detalle posible)

2. How se produjo su lesión? (Por favor describa con el mayor detalle posible)

   _____

   _____

   _____

   _____

3. Cuando tenía cuando se produjo la lesión? (Por ejemplo: la clase de gimnasia; vacaciones; trabajo; un público piscina, en la calle o carreteras, etc.)

   _____

4. Se está realizando la actividad 4. ¿Qué cuando ocurrió su lesión? (Por ejemplo: el ejercicio; jugando al fútbol; colocar objetos en un estante; la conducción de un vehículo, etc.)

   _____

   _____

   _____

5. Date se produjo la lesión (por favor complete una de las respuestas a continuación)

   (Indicar mes /día /año de lesión) _____

   No sé la fecha exacta, pero puedo dar un año, mes o temporada estimado _____

   No conocida _____

Formulario llenado por: (en letra de imprenta el nombre): _____

Fecha de hoy: _____ Hora: _____