



**DATOS PRINCIPALES • TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO**  
**CORE DATA • TERMS AND CONDITIONS OF SERVICE**

**Sírvase leer este documento con mucha atención. Lucile Packard Children's Hospital exige que usted firme el presente formulario Términos y Condiciones de Servicio en su totalidad, sin alteración alguna.**

1. **FIRMA AUTORIZADA.** El paciente puede firmar este formulario solamente si él/ella es un adulto competente mayor de 18 años de edad o es un mayor a quien se le permite dar su consentimiento para tratamiento de acuerdo a las leyes estatales. Si el paciente es un menor que no está incluido en las excepciones limitadas estipuladas por las leyes estatales o no es competente para firmar este documento, el formulario tendrá que ser firmado por su representante debidamente designado o el paciente.

2. **CONSENTIMIENTO MÉDICO.** Yo, el suscrito, consiento al tratamiento y procedimientos generales que podrán llevarse a cabo durante esta hospitalización o como paciente externo (incluyendo servicios de urgencias). Estos procedimientos podrán abarcar pero no se limitarán a: procedimientos de laboratorio, estudios de rayos X, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia o servicios hospitalarios provistos al paciente bajo las indicaciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente. También autorizo a LPCH a utilizar o a deshacerse, a su discreción, de la sangre, líquido corporal, miembro, órgano u otro tejido que se extraiga u obtenga durante una operación, procedimiento o tratamiento, para investigaciones que puedan llevarse a cabo por LPCH y *Stanford Hospital and Clinics*, la Universidad de Stanford, o terceros académicos o comerciales no afiliados si lo permite la ley y conforme a las políticas de Stanford. Yo entiendo que es la responsabilidad del médico del paciente obtener el consentimiento informado del paciente cuando se precise para tratamientos médicos o quirúrgicos específicos y para procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos. Yo entiendo y estoy de acuerdo que si el jefe médico lo solicita, profesionales de la salud afines (tales como asistentes médicos y enfermeras especialistas) pueden participar en los cuidados del paciente. LPCH mantiene múltiples instalaciones de atención médica, algunas de las cuales no se encuentran en el recinto principal de LPCH. Yo consiento a que se traslade al paciente a tales unidades, no importa su ubicación, conforme sean las indicadas para el tratamiento del paciente según el criterio de mi médico adjunto.

3. **INSTITUCIÓN DOCENTE.** LPCH es una instalación docente en donde se capacitan médicos, cirujanos, enfermeras y otro personal del cuidado de la salud. A petición, y bajo la supervisión del médico que atiende el caso, yo estoy de acuerdo en que residentes, internos, estudiantes de medicina, subespecialistas, miembros de la facultad que estén de visita y otro personal del cuidado de la salud que esté recibiendo capacitación participen en el cuidado del paciente. Ciertos servicios médicos pueden ser provistos por individuos que no tienen un certificado médico pero que están calificados para participar en un programa especial en calidad de miembros de la facultad que estén de visita.

4. **FOTOGRAFÍA.** Yo consiento a la toma de fotografías, grabaciones de vídeo u otras reproducciones electrónicas de la condición o tratamiento médico o quirúrgico del paciente, y al uso de las fotografías, grabaciones de vídeo o reproducciones electrónicas, para tratamientos o actividades internas o externas consistentes con la misión del hospital, como la educación y la investigación, conducidas conforme a las políticas del hospital.

5. **INFORMACIÓN CONJUNTA.** El suscrito entiende que los datos y los expedientes del paciente podrán ser vistos en forma conjunta por *Stanford Hospital and Clinics* y LPCH con el fin de facilitar el cuidado del paciente.

**SOLAMENTE PARA PACIENTES DE URGENCIAS**

**Está de acuerdo con los párrafos 1, 2, 3, y 4:**

(ANTES DE LA EVALUACIÓN MÉDICA INICIAL) \_\_\_\_\_ Firma del paciente o persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha/Hora

6. **ACUERDO FINANCIERO.** En cuanto a los servicios a ser prestados (ej. hospital, médico), el suscrito está de acuerdo en asumir totalmente la responsabilidad financiera de la cuenta del paciente según los honorarios regulares y los términos de LPCH. Esto incluye la responsabilidad financiera de todos los deducibles y copagos que requiera el seguro médico o el plan de salud del paciente, inclusive *Medicare* y *Medi-Cal*. En caso de remitirse la cuenta(s) del paciente a un abogado o a una agencia de recaudación, el suscrito está de acuerdo en pagar los honorarios de los abogados y los gastos incurridos en la demanda además de otras cantidades pendientes. Cuando los servicios deben facturarse al seguro, a un plan de salud o a otra fuente de pago, también serán pertinentes los párrafos 7 (Pacientes con planes de salud contratados y otras fuentes) y/o 8 (Asignación de los beneficios del seguro).

7. **PACIENTES CON PLANES DE SALUD CONTRATADOS Y OTRAS FUENTES.** El suscrito entiende que el paciente puede ser elegible para ciertos tipos de cobertura médica mediante uno de los planes de salud (*HMO*, *PPO*) en la lista de planes que tienen contrato con LPCH, o por medio de otras fuentes (ej. patrocinador de investigaciones clínicas, seguro para compensación de trabajadores del empleador). El suscrito está de acuerdo en hacerse responsable, según el párrafo 6 (Acuerdo financiero), de pagar la cuenta del paciente: (a) si LPCH no tiene contrato con el plan de salud; (b) por copagos y deducibles; (c) por servicios no aprobados por el plan de salud u otras fuentes; o (d) por servicios no cubiertos y/o pagados por el plan de salud del paciente u otras fuentes en la medida que lo permite la ley o el contrato.

3 Hole 1/4 4 1/4 c-10-c



**DATOS PRINCIPALES • TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO  
CORE DATA • TERMS AND CONDITIONS OF SERVICE**

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

3 Hole 1/4 4 1/4 c-to-c

8. **ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO (INCLUYENDO LOS BENEFICIOS DE *MEDICARE*).** El suscrito autoriza el pago directo a LPCH de beneficios del seguro de otra manera pagables al o en representación del paciente por esta hospitalización o por servicios de paciente externo, a una tasa que no exceda los honorarios actuales de la institución y de los profesionales. El suscrito entiende y está de acuerdo, que es responsable financieramente según el párrafo 6 (Acuerdo financiero) de los honorarios no pagados de acuerdo a esta asignación. Además, si corresponde, el suscrito afirma que la información proporcionada a LPCH para asistir al paciente a solicitar beneficios de pago bajo los programas de *Medicare* o *Medi-Cal* es correcta.

9. **HORA DE SALIDA.** La hora de salida del paciente es a las 11:00 a.m. Si, por culpa del paciente o del suscrito, la salida ocurre después de las 11:00 a.m., es posible que se agregue un día adicional a la cuenta del paciente.

10. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PACIENTES INTERNADOS).** LPCH provee solamente enfermería de cuidados generales, a menos que por orden del médico del paciente, dicho paciente reciba cuidados más intensivos de enfermería. El suscrito entiende que si el paciente desea los servicios de una enfermera privada o de cuidados especiales, el suscrito debe hacer los arreglos para este servicio. LPCH no se hará responsable de no proporcionar una enfermera privada o de cuidados especiales y no asumirá ninguna responsabilidad que surja por el hecho de que el paciente no reciba dicho cuidado adicional.

11. **RELACIÓN LEGAL ENTRE LPCH Y LOS MÉDICOS.** Excepto aquellos médicos que están contratados por LPCH, como los médicos de la facultad que ejercen en Lucile Packard Children's Hospital, todos los médicos y cirujanos que proveen servicios al paciente son contratistas independientes con el paciente y no son empleados ni agentes de LPCH. El suscrito entiende que el paciente está bajo el cuidado y la supervisión del médico que atiende su caso y que es la responsabilidad de LPCH y de su personal de atención médica, aparte de los médicos, llevar a cabo las instrucciones de tal médico o cirujano.

12. **EFFECTOS PERSONALES DE VALOR.** LPCH tiene una caja fuerte a prueba de fuego para guardar dinero y objetos de valor. LPCH no se hará responsable de la pérdida o daño de ningún dinero, joyas, documentos u otros artículos pequeños de valor inusual, a menos que éstos se hayan guardado en la caja fuerte, ni tampoco se hará responsable de la pérdida o daño de ningún otro objeto personal, a menos que se haya depositado a la custodia del hospital. El suscrito entiende que la responsabilidad de LPCH por la pérdida de cualquier objeto personal que se haya depositado a la custodia del hospital está limitada por ley a quinientos dólares (\$500.00) a menos que el paciente haya obtenido del hospital un recibo por escrito por una cantidad mayor.

**El suscrito certifica que él/ella ha leído ambas páginas de los Términos y las Condiciones de Servicio, que ha recibido una copia del mismo, y que él/ella es el/la paciente o que está debidamente autorizado por o en representación del paciente para ejecutar y aceptar sus términos.**

firma del paciente o la persona responsable \_\_\_\_\_ fecha/hora \_\_\_\_\_ testigo \_\_\_\_\_  
parentesco con el paciente:  padre con la tutela legal del paciente  paciente autorizado a consentir  
 tutor legal/tutor legal provisional explique el tipo de tutela: \_\_\_\_\_  
 documentación oficial de tutela/tutela provisional recibida (ej. formularios de la corte)  
 persona autorizada por escrito (ej. cuidador, affidávit de autorización, autorización por terceros, carta poder duradera) explique el tipo de autorización escrita: \_\_\_\_\_  
 documentación de autorización escrita recibida

**SI FUE INTERPRETADO:** firma del intérprete \_\_\_\_\_ nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ idioma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ puesto/parentesco con el paciente \_\_\_\_\_ fecha/hora \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA ACEPTADO POR OTRA PERSONA APARTE DEL PACIENTE  
O POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE**

Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera completa por los servicios prestados al paciente y aceptar los términos de los párrafos del Acuerdo Financiero (6), y, si aplica, del Plan de Salud Contratado y Otras Fuentes (7) y de las Asignaciones de Beneficios del Seguro (8) que preceden.

\_\_\_\_\_ persona o entidad responsable de las finanzas \_\_\_\_\_ parentesco con el paciente \_\_\_\_\_ fecha/hora \_\_\_\_\_ testigo \_\_\_\_\_

**SÍRVASE VER EL AVISO REFERENTE A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL DORSO DE ESTA PÁGINA**

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Lucile Salter Packard Children's Hospital puede divulgar información básica sobre el paciente al público, pero solamente al recibir una petición que contenga específicamente el nombre del paciente, y si el paciente no ha pedido que la información no sea revelada. Esta información básica incluye el estado general del paciente y su ubicación en el hospital a no ser que esté recibiendo tratamiento para ciertas condiciones. **Si usted no desea que se divulgue tal información, debe hacer un pedido por escrito por cada estancia en el hospital para que esta información no sea divulgada;** los formularios apropiados pueden obtenerse del servicio de Admisiones.

En cumplimiento con los reglamentos federales de privacidad bajo el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA, por sus siglas en inglés*), Lucile Salter Packard Children's Hospital proporciona a los pacientes el *Aviso de las Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices)*, que describe cómo se puede usar y divulgar la información médica de los pacientes y cómo los pacientes pueden obtener esta información. Hay copias disponibles del Aviso de las Prácticas de Privacidad en los mostradores de registro, en la sección de "Pacientes y Visitas" bajo "Servicios para el Paciente" de nuestra página web [www.lpch.org](http://www.lpch.org) o llamando a la oficina de Privacidad de Lucile Salter Packard Children's Hospital al 650-724-4722.

3 Hole 1/4 1/4 c-to-c

## ASIENTOS DE SEGURIDAD INFANTIL

Se requiere que todos los niños viajen en un asiento de seguridad infantil, un asiento booster, o con el cinturón de seguridad cuando son transportados en un vehículo de motor, sin importar su edad o peso.

Los niños **deben estar sujetos en un asiento de seguridad infantil aprobado por el gobierno federal, a menos que:**

- tengan 6 o más años de edad.
- pesen por lo menos 60 libras.

Si el niño es demasiado grande para un asiento de seguridad, generalmente cerca de 40 libras, se puede usar un asiento *booster*.

Los asientos de seguridad, incluyendo los asientos *booster*, son muy eficaces para salvar la vida de los niños. El no usar un sistema de restricción seguro para el pasajero infantil, puede aumentar el riesgo de muerte o de una lesión grave al niño en caso de un accidente.

En California, los choques de tráfico son la causa principal de muerte en los niños de 4 a 16 años de edad. Más del 47 por ciento de los niños con lesiones fatales, entre los 4 y 7 años de edad, no estaban sujetos.

El no sujetar adecuadamente a un niño en un asiento de seguridad infantil o asiento *booster* es ilegal.

Si usted quiere, hay una lista disponible de programas en donde se puede comprar los asientos de seguridad a bajo costo o donde los prestan. Si usted quiere más ayuda para obtener un asiento de seguridad infantil, tiene más preguntas o quiere más información acerca de la seguridad del pasajero infantil, puede preguntarle a su enfermera, asistente clínico o comunicarse con la oficina de Servicios para el Paciente (*Office of Patient Relations*) de Lucile Salter Packard Children's Hospital al 650- 498-4847.

## ASISTENCIA FINANCIERA DISPONIBLE

Lucile Packard Children's Hospital brinda una variedad de opciones de asistencia financiera para los pacientes que no están asegurados o no tienen suficiente cobertura de seguro. Lucile Packard Children's Hospital ayudará a los pacientes a determinar si califican para la asistencia financiera o si hay programas disponibles que los puedan ayudar a pagar los servicios médicos. Se puede obtener información adicional y/o una declaración de cobros por los servicios suministrados por Lucile Packard Children's Hospital al contactar la Unidad de Servicio al Cliente (*Customer Service Unit*) del Servicio Financiero para los Pacientes (*Patient Financial Services*) al teléfono 800-549-3720.

Hay solicitudes para asistencia financiera disponibles en todas las clínicas de Packard y en las áreas de registro del hospital. La solicitud también se encuentra en nuestro sitio web [www.lpch.org](http://www.lpch.org) en la sección de "Pacientes y Visitantes" bajo "Información Financiera y de Seguros" o al llamar al número de servicio al cliente mencionado arriba. Las solicitudes se revisan para determinar qué tipo de asistencia hay disponible; el resultado de esta revisión se notifica a los solicitantes dentro de 10 días hábiles tras el recibo de la solicitud completada y firmada.

Los pacientes que califiquen pueden recibir asistencia con las facturas por servicios rendidos por Lucile Packard Children's Hospital y por médicos contratados por Stanford University. Los servicios pueden incluir cuidados para pacientes internados y externos, servicios de emergencia, copagos y deducibles, cobros no cubiertos, días y estadías negadas, y otras circunstancias especiales. Los pacientes que no tienen seguro o suficiente cobertura y que cumplen con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados podrían calificar para pagos descontados o cuidado benéfico.

○

○