



**Lea este documento con atención. Stanford Health Care (en lo sucesivo “SHC”) exige que los términos y condiciones de servicio se firmen en su totalidad, sin alteraciones.**

**1. CONSENTIMIENTO MÉDICO.** Yo, quien suscribe, consiento el tratamiento y los procedimientos generales que puedan realizarse durante esta hospitalización o como paciente ambulatorio (incluidos los servicios de emergencia). Estos procedimientos pueden incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, radiografías, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia o servicios del hospital proporcionados al paciente bajo las indicaciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente. También autorizo a SHC a usar o desechar, a su propio criterio, sangre, fluido corporal, miembros, órganos u otros tejidos extirpados u obtenidos durante una operación, procedimiento o tratamiento para las investigaciones que pueda realizar SHC, Lucile Packard Children's Hospital, Stanford University o terceros académicos o comerciales no afiliados si los requisitos legales y las políticas de Stanford lo permiten. Entiendo que es responsabilidad del médico del paciente obtener el consentimiento informado del paciente cuando se exija para un tratamiento médico o quirúrgico específico y para procedimientos de diagnóstico o terapéuticos especiales. Entiendo y acepto que, a solicitud del médico tratante, los profesionales médicos vinculados (como asistentes médicos y enfermeros profesionales) puedan participar en la atención del paciente.

**2. INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA.** SHC es un centro de enseñanza, que capacita a médicos, cirujanos, enfermeros y otro personal de atención médica. A solicitud y bajo supervisión del médico tratante, acepto que los residentes, internos, estudiantes de medicina, becarios de posgrado, miembros del cuerpo docente visitantes y otro personal de atención médica en capacitación puedan participar en la atención del paciente. Los individuos que no cuentan con un certificado de médico pero están calificados para participar en un programa especial como miembros del cuerpo docente visitantes pueden proporcionar ciertos servicios médicos.

**3. FOTOGRAFÍAS.** Consiento la toma de fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas del paciente, incluyendo de su afección o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las fotografías, videos o reproducciones electrónicas para los fines permitidos por la ley. Consiento la evaluación y el examen por parte de un médico u otros profesionales del equipo de atención médica que puedan estar distanciados de mí físicamente mediante tecnologías virtuales, lo que incluye, entre otros, video bidireccional, imágenes digitales y otras tecnologías virtuales según determinen mis proveedores. Entiendo que mis imágenes digitales pueden usarse de cualquier forma para los fines de Stanford Medicine, como tratamiento, mejora de calidad, protección del paciente, educación y seguridad. En circunstancias específicas y según lo exija la ley, se me puede solicitar un consentimiento por separado antes de tomar fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas y de usar o divulgar esas fotografías, videos o reproducciones electrónicas. Si la fotografía se utiliza para fines de investigación y podría usarse directamente para identificar al paciente, se me solicitará autorización para usar o divulgar la fotografía según lo exija la ley.

Entiendo que, según la ley de California, no puedo fotografiar, filmar o grabar ninguna imagen o conversación con un empleado o médico de SHC u otro paciente de SHC sin el consentimiento explícito de todas las partes involucradas y el incumplimiento de esta ley puede dar lugar a responsabilidad penal o civil.

**4. INFORMACIÓN COMPARTIDA.** Entiendo que la información y los registros del paciente pueden compartirse entre SHC y Lucile Salter Packard Children's Hospital en Stanford para facilitar la atención del paciente.

**SOLO PACIENTES DE EMERGENCIA**

**Acuerdo con los párrafos 1, 2, 3 y 4:**

(ANTES DEL EXAMEN DE SELECCIÓN)

\_\_\_\_\_ Firma del paciente o la persona responsable

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

**5. ACUERDO FINANCIERO.** Para que se proporcionen los servicios (por ej., hospital, médico), acuerdo aceptar la responsabilidad financiera completa por la cuenta del paciente de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de SHC. Esto incluye la responsabilidad financiera por todos los deducibles y copagos que el seguro o el plan médico del paciente puedan exigir, incluyendo Medicare y Medi-Cal. Si la cuenta del paciente fuera remitida a un abogado o a una agencia de cobranza para el cobro, también acepto pagar los honorarios reales del abogado y los gastos relacionados con la demanda en los que se incurra además de los montos adeudados. Cuando los servicios deban facturarse al seguro, a un plan médico o a otra fuente de pago, los párrafos 6 (Pacientes del plan médico contratado y otras fuentes) o 7 (Cesión de beneficios del seguro) también aplicarán.

**6. PACIENTES DEL PLAN MÉDICO CONTRATADO Y OTRAS FUENTES.** Entiendo que el paciente puede ser elegible para

cierta cobertura de atención médica a través de un plan médico (organización de mantenimiento de la salud [*health maintenance organization*, HMO] u organización de proveedores preferidos [*preferred provider organization*, PPO]) de la lista de planes médicos que tienen contratos con SHC, o a través de alguna otra fuente (por ej., el patrocinador de un ensayo clínico o el seguro de indemnización del empleador). Acepto ser responsable de acuerdo con el párrafo 5 (Acuerdo financiero) de pagar la cuenta del paciente: (a) si SHC no tiene un contrato con el plan médico; (b) por cualquier copago y deducible; (c) por los servicios no aprobados por el plan médico u otra fuente; o (d) por los servicios no cubiertos o pagados por el plan médico del paciente u otra fuente en la medida en que la ley o el contrato lo permitan.

**7. CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO (INCLUIDOS LOS BENEFICIOS DE MEDICARE).** Autorizo el pago directo a SHC de cualquier beneficio del seguro que normalmente se pagaría al paciente o en su nombre por esta hospitalización o por servicios ambulatorios, incluyendo los servicios de emergencia si se proporcionaron, a una tarifa que no exceda los costos institucionales y profesionales reales. Entiendo y acepto que soy responsable financieramente de acuerdo con el párrafo 5 (Acuerdo financiero) por los costos no pagados según esta cesión. Si corresponde, también confirmo que la información proporcionada a SHC para asistir al paciente al solicitar el pago por parte de Medicare o Medi-Cal es correcta.

**8. HORA DEL ALTA.** Se da de alta a los pacientes hospitalizados a las 11:00 a. m. Si por causa del paciente o de quien suscribe el alta ocurre después de las 11:00 a. m., se cobrará un día adicional a la cuenta del paciente.

**9. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PACIENTES HOSPITALIZADOS).** SHC proporciona únicamente atención de enfermería general a menos que, por órdenes del médico del paciente, se proporcione al paciente atención de enfermería más intensiva. Entiendo que, si el paciente desea los servicios de un enfermero privado o especial, debo coordinar este servicio. SHC no será responsable si no es posible proporcionar un enfermero privado o especial y no asumirá ninguna responsabilidad que surja de la imposibilidad de proporcionar al paciente tal atención adicional.

**10. RELACIÓN LEGAL ENTRE SHC Y LOS MÉDICOS.** Excepto por los médicos que tienen un contrato con SHC, como los médicos del cuerpo docente que realizan su práctica en Stanford Clinics, todos los médicos y cirujanos que prestan servicios al paciente son contratistas independientes del paciente y no empleados o agentes de SHC. Entiendo que el paciente se encuentra bajo la atención y supervisión de su médico tratante y que es responsabilidad de SHC y de su personal no médico de atención a la salud cumplir las instrucciones de tal médico o cirujano.

**11. OBJETOS DE VALOR PERSONALES.** SHC cuenta con una caja fuerte contra incendios para salvaguardar los objetos de valor. SHC no será responsable por las pérdidas o los daños de la propiedad personal, a menos que se encuentre en la caja fuerte de SHC. Entiendo que la responsabilidad de SHC por la pérdida de propiedad personal que se encuentre en la caja fuerte de SHC está limitada por estatuto a quinientos dólares (\$500.00).

**Quien suscribe certifica haber leído ambas páginas de los términos y condiciones de servicio, haber recibido una copia de ellos y ser el paciente o estar debidamente autorizado por el paciente o en su nombre para firmar y aceptar sus términos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Testigo

**Indique la relación de la persona que firma este documento:**

- Paciente autorizado a consentir
- Tutor legal/Tutor legal temporal
- Padre con custodia legal
- Explique el tipo de tutela \_\_\_\_\_
- Documentación oficial de la tutela recibida (por ej., documentos judiciales)
- Persona con autorización escrita (por ej., declaración jurada de autorización del cuidador, autorización de tercero, poder duradero)
- Explique el tipo de autorización escrita \_\_\_\_\_
- Documentación de autorización escrita recibida

**SI SE INTERPRETA:** \_\_\_\_\_

Firma del intérprete

Nombre en imprenta

Fecha

Hora

Cargo/Relación con el paciente

Idioma

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR UNA PERSONA DISTINTA DEL  
PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE**

Acuerdo aceptar la responsabilidad financiera total por los servicios proporcionados al paciente y aceptar los términos de los párrafos sobre el Acuerdo financiero (5) y, si corresponde, sobre el Plan médico contratado y otras fuentes (6) y sobre la Cesión de beneficios del seguro (7) que aparecen anteriormente.

Parte responsable financieramente

Relación con el paciente

Fecha

Hora

Testigo

Vea el aviso sobre la divulgación de información al dorso de esta página

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Stanford Health Care puede divulgar información básica sobre el paciente a miembros del público general, pero únicamente habiendo recibido una solicitud que contenga específicamente el nombre del paciente, y siempre que el paciente no haya solicitado que la información se retuviera. La información básica incluye la afección general del paciente y su ubicación en el hospital a menos que el paciente esté siendo tratado por ciertas afecciones. **Si no desea que tal información se divulgue, debe solicitar por escrito que esta información se retenga para cada hospitalización;** puede obtener los formularios adecuados en los Servicios de admisión de pacientes.

Cumpliendo las reglamentaciones de privacidad federales de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA), Stanford Health Care proporciona a los pacientes su ***Aviso de prácticas de privacidad***, que describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica de los pacientes, y cómo los pacientes pueden acceder a esta información. Encontrará copias del *Aviso de prácticas de privacidad* disponibles en cualquier mostrador de registro o en nuestro sitio web [www.stanfordhealthcare.org](http://www.stanfordhealthcare.org) en la sección de pacientes y visitantes de Privacidad de los pacientes, o llamando a la Oficina de Privacidad de Stanford Health Care al 650-724- 4722.

## AYUDA ECONÓMICA DISPONIBLE

Stanford Health Care cuenta con distintas opciones de ayuda económica disponibles para los pacientes que no tienen seguro o tienen cobertura insuficiente. **Stanford Health Care asistirá a los pacientes para determinar si califican para la ayuda económica o si existen programas disponibles que puedan ayudar a pagar los servicios médicos.** Se puede obtener información adicional o un estado de los costos por los servicios proporcionados por Stanford Health Care comunicándose con la Unidad de Servicio al Cliente de Servicios Financieros del Paciente al 800-549-3720.

Las solicitudes para ayuda económica están disponibles en todas las clínicas de Stanford y en las áreas de registro del hospital. También se puede encontrar la solicitud en nuestro sitio web [www.stanfordhealthcare.org](http://www.stanfordhealthcare.org) en la sección de pacientes y visitantes de Información financiera y de seguro, o llamando al número del servicio al cliente indicado anteriormente. Las solicitudes se revisan para determinar qué ayuda puede estar disponible; se notifica a los solicitantes el resultado de la revisión 10 días hábiles después de recibida la solicitud completada y firmada.

Los pacientes que califiquen pueden recibir ayuda para las facturas por los servicios proporcionados por Stanford Health Care y por los médicos empleados por Stanford University. Los servicios pueden incluir atención por hospitalización y ambulatoria, servicios de emergencia, copagos y deducibles, costos no cubiertos, días y estadías negados, y otras circunstancias especiales. Los pacientes que no tengan seguro o cuyo seguro sea insuficiente y cumplan ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados pueden calificar para el pago con descuento o la atención de beneficencia.