

Lucile Packard Children's Hospital Stanford Sala de Partos – Formulario de Preinscripción Portada

ENVIAR A: Lucile Packard Children's Hospital Stanford
Attn: Admitting Department
OB Pre-Registration Forms
725 Welch Rd, Ground Floor, Suite G26
Palo Alto, CA 94304

ENVIA UN FAX A: (650) 725-3574

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Fecha prevista de parto (mm/dd/yyyy): _____

Fecha y hora de registro por internet
(mm/dd/yyyy hh:mm am|pm): _____

Asegúrese de incluir:

- Documento de identidad con la foto de la futura mamá (fotocopia del frente y del reverso)
- Tarjeta/s del seguro médico de la futura mamá
- Tarjeta/s para adquirir los medicamentos/recetas de la futura mamá
- Tarjeta/s del seguro médico del padre/pareja de la futura mamá (si procede)
- Acuse de recibo de prácticas de privacidad
- Autorización para llamarle a su celular
- Solicitud de acceso del representante a MyChart
- Términos y condiciones de servicio
- Términos y condiciones del servicio para los pacientes ambulatorios
- Estado de las Voluntades anticipadas
 - Voluntades anticipadas (si la tiene)

Notas:

Medical Record Number

Patient Name

STANFORD HOSPITAL and CLINICS
LUCILE PACKARD CHILDREN'S HOSPITAL
STANFORD, CALIFORNIA 94305



**ADMIN ACKNOWLEDGEMENT OF
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of Stanford Hospital and Clinics and Lucile Packard Children's Hospital. Our Notice provides information about how we may use and disclose the health information that we maintain about you. We encourage you to read our full Notice.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT: I acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of Stanford Hospital and Clinics and Lucile Packard Children's Hospital.

Patient, Parent or Personal Representative

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____ Time: _____

If other than the patient, specify relationship: _____

If interpreted: _____		
_____ <i>Interpreter Signature</i>	_____ <i>Print Name</i>	_____ <i>Language</i>
_____ <i>Date</i>	_____ <i>Time</i>	_____ <i>Position/Relationship to Patient</i>

DATOS PRINCIPALES • ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted confirma haber recibido la *Notificación de las Prácticas de Privacidad* de Stanford Hospital and Clinics y Lucile Packard Children's Hospital. Nuestra Notificación proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar la información de salud que mantenemos sobre usted. Le recomendamos leer nuestra Notificación completa.

ACUSO DE RECIBO: Confirmando haber recibido la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Stanford Hospital and Clinics y Lucile Packard Children's Hospital.

Paciente, Padre, Madre, Representante Personal

Firma: _____ Nombre Impreso: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Signature Print Name Date Time

Si no firma el paciente, indique su relación con él: _____

FOR HOSPITAL USE ONLY: INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

If the Hospital is not able to obtain the patient's acknowledgement, record the good-faith effort made to obtain acknowledgement, and the reason acknowledgement was not obtained:

Effort to obtain acknowledgement:

- In-person request Request via mail (send copy of letter to HIMS for inclusion in patient's record)
- Request via e-mail Other: _____

Reason acknowledgement was not obtained:

- Patient refused to sign Patient did not return acknowledgement via mail, e-mail
- Patient unable to sign Other: _____

Staff: _____
Signature Print Name Date Time



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph Stamp – Patient Name, Medical Record Number

CONSENTIMIENTO-AUTORIZACIÓN PARA LLAMAR AL TELÉFONO MÓVIL

Nuestro proceso de facturación

Gracias por elegir Stanford Children's Health como proveedor de su atención médica. Queremos asegurarnos de que entienda nuestro proceso de facturación. Para garantizar que sus reclamaciones sean atendidas y pagadas a tiempo y de forma correcta, seguiremos el proceso descrito a continuación.

Si tiene usted seguridad:

- En primer lugar, enviaremos la factura a su seguridad. Cualquier cantidad de deducible, coseguro o copago será responsabilidad del paciente o de quien lo avale (su garante).
- Si usted tiene una segunda póliza de seguro (seguridad secundaria), cualquier cantidad de deducible, coseguro o copago que quede pendiente una vez facturada la reclamación a su seguridad primaria, y que sea considerada responsabilidad del paciente, la enviaremos a su seguridad secundaria.
- Si su seguridad secundaria también tiene una cantidad de deducible, coseguro o copago, esta cantidad será facturada a quien sea el avalador o garante del paciente una vez que la reclamación haya sido procesada y pagada por su seguridad secundaria.
- Su seguridad le enviará una copia de la Explicación de prestaciones (EOB, por sus siglas en inglés) cuando procesen o paguen las reclamaciones que les hayan sido enviadas. Repase esa información y guárdela en sus archivos. Ese documento explica cómo ha sido procesada la reclamación, si usted tiene alguna responsabilidad y en concepto de qué.

*Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, sobre las prestaciones o por qué razón hay una parte de la reclamación que es responsabilidad suya, llame a su aseguradora y pida una aclaración. Tenga en cuenta que ciertas reclamaciones demoran más que otras para ser procesadas. En algunos casos, es necesario enviar una apelación a la seguridad si las reclamaciones no se han pagado correctamente.

Si no tiene usted seguridad:

- Se le enviará una factura por los servicios.
- Si tiene alguna pregunta con respecto a la factura, llame al departamento de atención al cliente al (800) 308-3285, de lunes-viernes de las 8:00 AM a las 5 PM.

Es importante que la información que tenemos en su expediente esté actualizada y sea correcta, en especial sus datos personales y la información de la seguridad. Infórmele al personal de la recepción si ha habido cambios en la información para poder actualizar su expediente apropiadamente.

Al firmar este documento usted reconoce que se le ha dado la información acerca del proceso de facturación. Y si el primer número de contacto que figura en nuestros archivos es un número de teléfono móvil, usted acepta que nosotros, Stanford Children's Health, nuestros representantes, nuestros contratistas o nuestra agencia de cobros le puedan llamar a este número de teléfono móvil con un dispositivo de llamada automática y dejarle un mensaje pregrabado, o bien un mensaje de texto en su teléfono móvil. **Este consentimiento permanecerá en vigencia a menos que el garante de la factura (el firmante de este documento) envíe un pedido por escrito para rescindir el consentimiento o si ha cambiado el garante de la factura.**

Si usted opta por no firmar abajo, le rogamos nos proporcione un número de teléfono alternativo que podamos usar para comunicarle la información referente a las facturas. **POR FAVOR TENGA EN CUENTA:** Si usted no firma este documento ni nos da un número de teléfono alternativo, usted continúa siendo el responsable del importe designado como responsabilidad del paciente.

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

Date: _____

Lucile Packard Children's Hospital STANFORD
 UNIVERSITY MEDICAL CENTER
 725 Welch Road Palo Alto, CA 94304



CONSENT • MYCHART PROXY ACCESS REQUEST

Medical Record Number:

Nombre del paciente:

Addressograph or Label

Formulario de acceso del representante a MyChart - *solicitud de acceso a expedientes médicos en línea*

Por la presente solicito a Lucile Packard Children's Hospital/Stanford Children's Health otorgar al apoderado representante detallado, el acceso permitido por ley, a la información de salud de MyChart del paciente menor de edad nombrado a continuación.

Le rogamos tener en cuenta las siguientes limitaciones de edad de MyChart. Estas limitaciones de edad no afectan ningún derecho legal que usted tiene para acceder al expediente de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia del expediente de su niño, comuníquese con el Departamento de expedientes médicos (*Medical Records*).

- Si su hijo tiene entre 0 -11 años: se le otorgará acceso completo al expediente de su hijo en MyChart, un subconjunto de expedientes médicos completos.
- Si su hijo tiene entre 12-17 años: se le otorgará acceso parcial al expediente su hijo en MyChart. (Ej.= vacunaciones, mensajería)
- Una vez que su niño cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso al expediente de su hijo en MyChart.

Por favor escriba en letra de molde y complete todos los campos para asegurar el procesamiento a tiempo.

SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre y apellido del Paciente: _____	Parentesco con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	¿Es usted el tutor legal*? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento: _____	Número de expediente: _____	

*Se necesitarán documentos legales tales como un certificado de nacimiento, documentos de custodia, documentos de adopción, etc.

INFORMACIÓN del solicitante (padre o tutor)

Nombre: _____	Apellido: _____
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____	Fecha de nacimiento: _____
Correo electrónico: _____	
Firma: _____	Fecha: _____

FACILITY USE ONLY (para uso exclusivo de la institución)

Date received:	Patient Relationship Verified By: _____
Proxy MRN:	Name _____ Phone Number _____
	Proxy Access Approved: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Letter Sent: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date Sent: _____
	<input type="checkbox"/> Form FAXED to HIMS for processing



Terms and Conditions Of Service

Medical Record Number:

Patient Name:

Page 1 of 3 Addressograph or Label

Lea el documento con atención. Lucile Packard Children's Hospital exige que el documento de términos y condiciones de servicio se firme en su totalidad, sin alteraciones.

- 1. FIRMA AUTORIZADA.** El paciente puede firmar este consentimiento solamente si es un adulto competente mayor de 18 años, o si es un menor a quien la ley estatal le ha otorgado permiso para dar su consentimiento a un tratamiento. Si el paciente es un menor que no está dentro de las excepciones limitadas que otorga la ley del estado, o si no se lo considera competente como para firmar este formulario, deberá firmarlo un representante apropiadamente designado o el paciente.
- 2. CONSENTIMIENTO MÉDICO.** Yo, quien suscribe, autorizo el tratamiento y los procedimientos generales que puedan llevarse a cabo durante la hospitalización o durante las consultas de paciente externo (incluidos los servicios de urgencia). Estos procedimientos pueden incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, estudios realizados por medio de imágenes radiográficas, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, servicios hospitalarios o de anestesia proporcionados al paciente bajo las indicaciones generales y especiales del médico o el cirujano del paciente. Además autorizo a LPCH a utilizar y disponer a su discreción de sangre, líquidos corporales, miembros, órganos o cualquier otro tejido que se haya extraído u obtenido durante una operación, un procedimiento o un tratamiento con fines de investigación que pueda ser efectuado por Lucile Packard Children's Hospital, Stanford Hospital and Clinics, la Universidad de Stanford o terceras partes, bien académicas o comerciales no afiliadas si así lo permiten los requisitos legales y la normativa de Stanford. Entiendo que la responsabilidad de obtener el consentimiento informado del paciente recae en el médico del paciente cuando se considera un requisito para llevar a cabo 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 asociados médicos y enfermeros especialistas) puedan participar en la atención del paciente. LPCH tiene numerosos centros de atención al paciente, pero no todos ellos se encuentran en el *campus* principal de LPCH. Doy mi consentimiento para que se traslade al paciente a las unidades apropiadas para el tratamiento, sin importar su ubicación, siempre que sea por recomendación del médico titular responsable del paciente.
- 3. INSTITUCIÓN DOCENTE.** Lucile Salter Packard Children's Hospital («LPCH») es una institución de enseñanza, de capacitación para médicos, cirujanos, enfermeras y otro personal de asistencia sanitaria. A petición y bajo la supervisión del médico titular, acepto que los residentes, internos, estudiantes de medicina, subespecialistas de posgrado, profesores universitarios invitados y demás personal sanitario que se encuentre en etapa de capacitación, puedan participar en la atención del paciente. Es posible que ciertos servicios médicos sean proporcionados por individuos que no posean el título de médico, como en el caso de profesores invitados, pero que reúnan los requisitos para participar en un programa especial.
- 4. FOTOGRAFÍA.** Autorizo a que tomen fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas del paciente, incluidas las relacionadas con su afección o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de fotografías, videos o reproducciones electrónicas para los fines permitidos por la ley. Autorizo 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 lo determine el personal médico. Entiendo que mis imágenes digitales pueden usarse de cualquier forma para los fines que determine 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 imagen se utiliza para fines de investigación, y podría usarse directamente para identificar al paciente, se me solicitará autorización para usar o divulgar la imagen según lo exija la ley.

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

- 5. INFORMACIÓN CONJUNTA.** El que suscribe entiende que tanto la información como los expedientes médicos del paciente pueden ser compartidos entre Stanford Hospital and Clinics y LPCH con el propósito de facilitar la atención al paciente.
SOLO PARA PACIENTES DE LA SALA DE URGENCIAS.

Apruebo los párrafos: 1, 2, 3 y 4: _____
(ANTES DEL EXAMEN DE EVALUACIÓN) Firma del paciente o de la persona a cargo del paciente Fecha/Hora

- 6. ACUERDO ECONÓMICO.** Para poder acceder a los servicios (como, por ejemplo, hospital, médicos) el abajo firmante asume y acepta completa responsabilidad económica de la cuenta del paciente de acuerdo a los costos habituales y términos de LPCH. Esto incluye la responsabilidad económica de todos los deducibles y copagos que el seguro o el plan médico del paciente puedan exigir, incluidos Medicare y Medi-Cal. En el caso de que la cuenta o las cuentas del paciente se deriven a un abogado o una oficina de cobranza, el abajo firmante se compromete de antemano a asumir el pago de los gastos relacionados con el abogado y el proceso legal, además de otros gastos que pudieran surgir. Cuando se le envíe la factura de los servicios al seguro médico, el plan de salud o a otra fuente de pago, también se pondrá en efecto lo estipulado en 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 CONTRATADO Y OTRAS FUENTES.** El que suscribe entiende que el paciente es apto para recibir cierta cobertura médica a través de un plan de salud (HMO, PPO) de la lista de planes de salud con los cuales LPCH y Stanford Health Care (SHC) tienen contratos o por medio de otras fuentes (por ejemplo: patrocinador de ensayos clínicos y seguro de compensación de trabajadores para empleadores). Acepto hacerme cargo, según el párrafo 8 (Acuerdo financiero) del pago de la cuenta del paciente: (a) si LPCH no tiene un contrato con el seguro médico; (b) de cualquier copago y deducible; (c) de servicios no aprobados por el plan médico u otra fuente, o (d) servicios que el seguro médico del paciente u otra fuente no cubran.
- 8. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO (INCLUIDOS LOS BENEFICIOS DE MEDICARE).** El que suscribe autoriza el pago directo a LPCH de cualquier beneficio que de otra manera se pagaría al paciente o se haría en representación del mismo, por los servicios de esta hospitalización o de atención de paciente externo, a una tasa que no exceda los honorarios propiamente dichos de la institución o de los profesionales. El que suscribe entiende y está de acuerdo en que él/ella es el responsable económico según el párrafo 6 (Acuerdo económico) de pagar los honorarios correspondientes según esta asignación. Y, si aplica, el abajo firmante declara de antemano que la información provista a LPCH con el propósito de ayudar al paciente a solicitar el pago por medio de los programas Medicare o Medi-Cal es correcta.
- 9. HORA DEL ALTA.** El alta de los pacientes está prevista a las 11:00 de la mañana. Si por culpa del paciente o quien suscribe, se le da el alta después de las 11:00 de la mañana, es posible que se le añadan los honorarios de un día más de hospitalización.
- 10. ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA (PACIENTES HOSPITALIZADOS).** El servicio de enfermería de LPCH provee solo atención general de enfermería, a menos que, y de acuerdo con las indicaciones del médico del paciente, deba prestársele al paciente una atención de enfermería más intensiva. El que suscribe entiende que si el paciente requiere los servicios de un enfermero particular o de uno que cumpla tareas especiales, el que suscribe es responsable de gestionar dicho servicio. LPCH no será responsable de proveer un servicio de enfermería privado o con tareas especiales ni asumirá responsabilidad alguna por las circunstancias que surjan del hecho de que el paciente no reciba tal atención adicional.
- 11. RELACIÓN LEGAL ENTRE LPCH Y LOS MÉDICOS.** Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford es una organización independiente sin fines de lucro, afiliada a la Universidad de Stanford, pero separada de esta. Los médicos que prestan atención en las instalaciones de Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford son doctores que forman parte del cuerpo docente, facultativos de la fundación o de la comunidad, y no son empleados, representantes ni agentes de Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford. Lucile Salter Packard Children 's Hospital Stanford no ejerce control sobre la atención proporcionada por dichos médicos del cuerpo docente, facultativos de la fundación o de la comunidad, ni es responsable de sus actos.
- 12. OBJETOS DE VALOR.** LPCH dispone de una caja fuerte resistente al fuego donde se pueden guardar objetos de valor y dinero. LPCH no se hará responsable de la pérdida o daño de dinero, joyas, documentos u otros artículos de valor inusual o de pequeño tamaño, a menos que se guarden en la caja fuerte, y no se hará responsable de la pérdida o daño de cualquier otro tipo de pertenencias personales, a menos que se depositen en la caja fuerte del hospital para su salvaguarda. El que suscribe entiende que la responsabilidad de LPCH por la pérdida o daño de pertenencias personales está limitada, por ley, a un valor de \$500.00, a menos que el paciente obtenga un recibo del hospital que indique que el valor es superior.

Medical Record Number:

Patient Name:

Page 3 of 3 | Addressograph or Label

El suscrito certifica que ha leído las dos páginas correspondientes al formulario de términos y condiciones de servicio (*Terms and Conditions of Service*), ha recibido una copia del mismo y que es el paciente o el representante debidamente autorizado para actuar en su nombre, con el fin de llevar a cabo y aceptar los términos contenidos en dicho formulario.

Firma del paciente o de la persona a cargo del paciente	Fecha/Hora	Testigo
---	------------	---------

Por favor, indique el parentesco o la relación con el paciente de la persona que firma este documento:

Padre o madre que tenga la tutela legal Paciente autorizado para otorgar consentimiento

Tutor legal/Tutor legal provisional

Explicar el tipo de tutela _____

Documentación oficial de la tutela (por ejemplo, documentos del tribunal) recibida

Persona con autorización por escrito (por ejemplo: declaración jurada del encargado del cuidado del paciente, autorización a un tercero, poder notarial permanente)

Explicar el tipo de autorización escrita _____ Documentación de autorización escrita recibida

SI LA CONVERSACIÓN SOBRE ESTE DOCUMENTO FUE INTERPRETADA:

Firma del intérprete	Nombre en letra de molde	Fecha/Hora
----------------------	--------------------------	------------

Puesto de trabajo/ Relación con el paciente	Idioma
---	--------

VEA LOS AVISOS SOBRE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL REVERSO DE ESTA PÁGINA

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA FIRMADO POR ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad económica completa de todos los servicios médicos prestados al paciente y los términos detallados en los párrafos Acuerdo económico (*Financial Agreement*) (6), y de ser aplicable, los establecidos en el párrafo Pacientes con planes de salud contratados y otras fuentes (*Contracted Health Plan and Other sources*) (7), así como los del párrafo Asignación de los beneficios del seguro (*Assignment of Insurance Benefits*) (8), arriba mencionados.

Persona que asume la responsabilidad económica	Parentesco con el paciente	Fecha/Hora	Testigo
--	----------------------------	------------	---------

**ASIENTO DE
SEGURIDAD PARA
NIÑOS**

Independientemente de la edad y del peso, *todos los niños* deben utilizar un asiento de seguridad, asiento elevado o un cinturón de seguridad cuando viajan en un vehículo.

Las leyes del estado de California exigen que los niños viajen en un asiento infantil aprobado por el gobierno federal, a menos que:

**DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN**

Lucile Salter Packard Children's Hospital (LPCH) puede divulgar al público en general, información básica del paciente, pero únicamente cuando haya recibido una solicitud en la que ya figure específicamente el nombre del paciente, y solo si dicho paciente no ha prohibido que se divulgara. La información general del paciente comprende su estado de salud general, su ubicación dentro del hospital, excepto, en el caso que reciba tratamiento para ciertas enfermedades. **Si usted no quiere que dicha información sea divulgada debe pedirlo por escrito cada vez que sea hospitalizado;** los formularios pertinentes pueden encontrarse en la oficina de ingresos.

Conforme a las regulaciones federales de privacidad bajo la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés), Lucile Packard Children's Hospital les da a los pacientes la Notificación de prácticas de privacidad (***Notice of Privacy Practices***) que describe la forma en que puede utilizarse y divulgarse la información de los pacientes y el acceso a dicha información. Hay copias disponibles de la Notificación de prácticas de privacidad en todos los puestos de recepción, en la sección de pacientes y visitas (*Patient & Visitors*) de nuestra página web: www.lpch.org o llamando al teléfono 650-724-4722 de la oficina de privacidad de Lucile Salter Packard Children's Hospital.

- Tengan más de 8 años de edad
- Midan 4'9 pies (1.22 metros) o más
- Las excepciones protegidas bajo la ley son: incapacidad por estado físico, problema de salud o tamaño

Si el niño es muy grande como para usar el asiento de seguridad, generalmente, cuando pesa más de 40 libras, puede usar un asiento elevado.

Los asientos de seguridad, incluidos los asientos elevados, son muy eficaces para salvarle la vida a un niño.

El incumplimiento de usar un sistema de restricción del pasajero infantil aumenta el riesgo de muerte y lesiones graves en caso de accidente.

En California los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte de niños de 4 a 16 años. Más del 47 por ciento de los niños de 4 a 7 años fallecidos en accidentes de auto no llevaban puesto el cinturón de seguridad.

Es ilegal viajar en carro sin asegurar al niño adecuadamente en el asiento de seguridad o el asiento elevado.

Si desea más información, disponemos de una lista de programas que ofrecen asientos de seguridad para la venta o a préstamo, por un bajo costo. Si necesita asistencia en la compra de un asiento de seguridad, tiene preguntas o necesita más información acerca de la seguridad de los pasajeros, puede consultar con su enfermera o asistente en la clínica o ponerse en contacto con la oficina de atención al paciente de Lucile Salter Packard Children's Hospital llamando al 650 498-4847.

DISPONIBILIDAD DE ASESORAMIENTO ECONÓMICO

Lucile Packard Children's Hospital ofrece opciones de asistencia económica para pacientes que no disponen de un seguro o cuyo seguro médico ofrece una cobertura parcial. Lucile Packard Children's Hospital ofrece asistencia al paciente para determinar si puede solicitar asistencia económica o si existen programas que le asistan a pagar los servicios de asistencia médica. Se puede encontrar más información o la declaración de cargos por los servicios prestados por Lucile Packard Children's Hospital llamando a la unidad del servicio al consumidor de la oficina de servicios de asistencia económica para pacientes al 800-549-3720.

Las solicitudes de asistencia económica se encuentran todas las áreas de recepción del hospital y de las clínicas y también en nuestra página web: www.lpch.org, en la sección de pacientes y visitas bajo información sobre el seguro y asistencia económica (*Financial and Insurance Information*), o llamando al teléfono de servicio al consumidor mencionado arriba. Las solicitudes se repasan con el objeto de determinar de qué tipo de asistencia se dispone. Al solicitante se le notificará el resultado de la revisión en el plazo de 10 días hábiles tras recibir la solicitud completada y firmada.

Aquellos pacientes que reúnan las condiciones requeridas recibirán asistencia con las facturas por los servicios prestados por Lucile Packard Children's Hospital y los médicos empleados por la Universidad de Stanford. Dichos servicios podrán incluir la atención de pacientes internos y externos, atención de emergencia, copagos y deducibles, servicios que no estén cubiertos, estancia en el hospital denegada y otras circunstancias especiales. Los pacientes que no tengan cobertura de seguro médico o que tengan una cobertura parcial y que reúnan los requisitos de percibir ingresos bajos a moderados, es posible que califiquen para recibir descuentos o de beneficencia.

AVISO SOBRE LA BASE DE DATOS *OPEN PAYMENTS*

Solo con fines informativos, le proporcionamos el enlace a la página *Open Payments* de los centros federales de Medicare y Medicaid (CMS). La base de datos *Open Payments* es una herramienta del gobierno federal que se utiliza para buscar los pagos realizados a los médicos y a los hospitales docentes por parte de las compañías farmacéuticas y de productos sanitarios. Para acceder a *Open Payments* vaya la siguiente página: <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

La ley federal de Transparencia de pagos a profesionales de la salud (*Physician payment Sunshine Act*) obliga a los fabricantes de fármacos y de dispositivos médicos y biológicos a informar en detalle al público de los pagos por valor superior a diez dólares (\$10), monetarios o de otra naturaleza, efectuados a médicos y hospitales docentes.

**FICHA TÉCNICA BÁSICA - TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO
PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

Lea el documento con atención. Lucile Salter Packard Children's Hospital (LPCH) exige que el documento de términos y condiciones de servicio se firme en su totalidad, sin alteraciones.

- 1. FIRMA AUTORIZADA.** Solo puede usted firmar este consentimiento si es un adulto competente mayor de 18 años, o si es un menor a quien la ley estatal le ha otorgado permiso para hacerlo. Si usted es un menor que no está dentro de las excepciones limitadas que otorga la ley del estado, o si no se considera que usted sea competente como para firmar este formulario, el mismo deberá firmarlo un representante apropiadamente designado, ya sea un padre o un tutor legal.
- 2. TÉRMINOS DEL ACUERDO.** Los términos y las condiciones de este acuerdo para pacientes externos permanecerán en efecto durante un (1) año a partir de la fecha en la que se firmó. Se le pedirá que firme este consentimiento cada año. En cada consulta a la clínica, le pedirán que confirme si sus datos personales y la información de su seguro de salud son correctos. Si la información del seguro o los datos personales han cambiado, por favor indíquese al personal de la clínica.
- 3. CONSENTIMIENTO MÉDICO.** Yo, quien suscribe, autorizo el tratamiento y los procedimientos generales que puedan llevarse a cabo durante la hospitalización o durante las consultas de paciente externo (incluidos los servicios de urgencia). Estos procedimientos pueden incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, estudios realizados por medio de imágenes radiográficas, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, servicios hospitalarios o de anestesia proporcionados al paciente bajo las indicaciones generales y especiales del médico o del cirujano del paciente. 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 asociados médicos y enfermeros especialistas) pueden participar en la atención del paciente.
- 4. INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA.** LPCH es una institución docente, de capacitación para los médicos, cirujanos, enfermeras y demás profesionales de la salud. A petición y bajo la supervisión del médico titular, acepto que los residentes, internos, estudiantes de medicina, subespecialistas de posgrado, profesores universitarios invitados y demás personal sanitario que se encuentre en etapa de capacitación puedan participar en la atención del paciente. Es posible que ciertos servicios médicos sean proporcionados por individuos que no posean el título de médico, como en el caso de profesores invitados, pero que reúnan los requisitos para participar en un programa especial.
- 5. FOTOGRAFÍA.** Autorizo a que tomen fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas del paciente, incluidas las que correspondan a su afección o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las fotografías, videos o reproducciones electrónicas para los fines permitidos por la ley. Autorizo 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 lo determine el personal médico. 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

Medical Record Number:

Patient Name:

Página 2 de 3 Addressograph Stamp—Patient Name, Medical Record Number

antes de tomar fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas y de usar o divulgar esas fotografías, videos o reproducciones electrónicas. Si la imagen se utiliza para fines de investigación, y podría usarse directamente para identificar al paciente, se me solicitará autorización para usar o divulgar la imagen según lo exija la ley.

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

6. **RELACIÓN LEGAL ENTRE LPCH Y LOS MÉDICOS.** Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford es una organización independiente sin fines de lucro, afiliada a la Universidad de Stanford, pero separada de esta. Los médicos que prestan atención en las instalaciones de Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford son doctores que forman parte del cuerpo docente, facultativos de la fundación o de la comunidad, y no son empleados, representantes ni agentes de Lucile Salter Packard Children' s Hospital, Stanford. Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford no ejerce control sobre la atención proporcionada por dichos médicos del cuerpo docente, facultativos de la fundación o de la comunidad, ni es responsable de sus actos.
7. **INFORMACIÓN CONJUNTA.** El que suscribe entiende que tanto la información como los expedientes médicos del paciente pueden ser compartidos entre Stanford Hospital and Clinics y LPCH con el propósito de facilitar la atención al paciente.
8. **ACUERDO ECONÓMICO.** Para poder acceder a los servicios (como, por ejemplo, hospital, médicos) el abajo firmante asume y acepta completa responsabilidad económica de la cuenta del paciente de acuerdo a los costos habituales y términos de LPCH. Esto incluye la responsabilidad económica de todos los deducibles y copagos que el seguro o el plan médico del paciente puedan exigir, incluidos Medicare y Medi-Cal. En el caso de que la cuenta o las cuentas del paciente se deriven a un abogado o una oficina de cobranza, el abajo firmante se compromete de antemano a asumir el pago de los gastos relacionados con el abogado y el proceso legal, además de otros gastos que pudieran surgir. Cuando se le envíe la factura de los servicios al seguro médico, el plan de salud o a otra fuente de pago, también se pondrá en efecto lo estipulado en los párrafos 9 (Pacientes con planes de salud contratados y otras fuentes) y/o 10 (Asignación de los beneficios del seguro).
9. **PACIENTES CON PLANES DE SALUD CONTRATADOS Y OTRAS FUENTES.** El que suscribe entiende que el paciente es apto para recibir cierta cobertura médica a través de un plan de salud (HMO, PPO) de la lista de planes de salud con los cuales LPCH y Stanford Health Care (SHC) tienen contratos o por medio de otras fuentes (por ejemplo: patrocinador de ensayos clínicos y seguro de compensación de trabajadores para empleadores). Acepto hacerme cargo, según el párrafo 8 (Acuerdo financiero) del pago de la cuenta del paciente: (a) si LPCH no tiene un contrato con el seguro médico; (b) de cualquier copago y deducible; (c) de servicios no aprobados por el plan médico u otra fuente, o (d) servicios que el seguro médico del paciente u otra fuente no cubran.
10. **ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO (INCLUIDOS LOS BENEFICIOS DE MEDICARE).** El que suscribe autoriza el pago directo a LPCH de cualquier beneficio que de otra manera se pagarían al paciente o en representación del mismo, por los servicios prestados al paciente externo a una tasa que no exceda los honorarios propiamente dichos de la institución o de los profesionales. El suscrito entiende y está de acuerdo que tiene la responsabilidad económica, según el párrafo 8 (Acuerdo financiero), de los honorarios no

Medical Record Number:

Patient Name:

pagados de acuerdo a esta asignación. Y, si corresponde, el abajo firmante declara de antemano que la información pro de ayudar al paciente a solicitar el pago por medio de los programas Medicare o Medi-Cal es correcta.

El suscrito certifica que ha leído las tres páginas correspondientes al formulario de términos y condiciones de servicio de paciente externo (*Outpatient Terms and Conditions of Service*) ha recibido una copia del mismo, y que es el paciente o el representante debidamente autorizado para actuar en su nombre, con el fin de llevar a cabo y aceptar los términos contenidos en dicho formulario.

Firma del paciente o de la persona a cargo del paciente	Fecha de nacimiento	Fecha/Hora	Testigo
---	---------------------	------------	---------

Parentesco o relación con el paciente:

- Padre o madre que tenga la tutela legal
- Paciente autorizado para otorgar consentimiento
- Tutor legal/Tutor legal provisional Explicar el tipo de tutela: _____
- Documentación oficial de la tutela o de la tutela provisional recibida: (por ejemplo, documentos del tribunal)
- Persona con autorización por escrito (por ejemplo: declaración jurada del encargado del cuidado del paciente, autorización a un tercero, poder notarial permanente)
Explicar el tipo de autorización por escrito: _____
- Documentación de autorización por escrito recibida

SI LA CONVERSACIÓN SOBRE ESTE DOCUMENTO FUE INTERPRETADA:

Firma del intérprete	Nombre en letra de molde	Idioma
Puesto de trabajo/Relación con el paciente	Fecha/Hora	

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA FIRMADO POR ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE:

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad económica completa de todos los servicios médicos prestados al paciente y en aceptar los términos detallados en los párrafos Acuerdo Económico (*Financial Agreement*) (8), y de ser aplicable, los establecidos en el párrafo Pacientes con planes de salud contratados y otras fuentes (*Contracted Health Plan and Other sources*) (9), así como los del párrafo Asignación de los beneficios del seguro (*Assignment of Insurance Benefits*) (10), arriba mencionados.

Persona que asume la responsabilidad financiera	Parentesco o relación con el paciente	Fecha/Hora	Testigo
---	---------------------------------------	------------	---------

VEA LOS AVISOS SOBRE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL REVERSO DE ESTA PÁGINA

**ENVIAR LAS PÁGINAS 1, 2 Y 3 POR CORREO ELECTRÓNICO A:
HIMS-LPCH@STANFORDCHILDRENS.ORG**

**AUTORIZACIÓN PARA
DIVULGAR INFORMACIÓN**

Conforme a las regulaciones federales de privacidad bajo la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés), Lucile Packard Children's Hospital les da a los pacientes la Notificación de prácticas de privacidad (*Notice of Privacy Practices*) que describe la forma en que puede utilizarse y divulgarse la información de los pacientes y el acceso a dicha información. Hay copias disponibles de la Notificación de prácticas de privacidad en todos los puestos de recepción, en la sección de pacientes y visitas (*Patient & Visitors*) de nuestra página web: www.stanfordchildrens.org o llamando al teléfono 650-724-4722 de la oficina de privacidad del Hospital Lucile Salter Packard.

**DISPONIBILIDAD DE
ASESORAMIENTO ECONÓMICO**

Lucile Packard Children's Hospital ofrece opciones de asistencia económica para pacientes que no disponen de un seguro o cuyo seguro médico ofrece una cobertura parcial. Lucile Packard Children's Hospital ofrece asistencia al paciente para determinar si puede solicitar asistencia económica o si existen programas que le asistan a pagar los servicios de asistencia médica. Se puede encontrar más información o la declaración de cargos por los servicios prestados por Lucile Packard Children's Hospital llamando a la unidad del servicio al consumidor de la oficina de servicios de asistencia económica para pacientes al 800-549-3720.

Las solicitudes de asistencia económica se encuentran todas las áreas de recepción del hospital y de las clínicas y también en nuestra página web: www.stanfordchildrens.org, en la sección de pacientes y visitas bajo información sobre el seguro y asistencia económica (*Financial and Insurance Information*), o llamando al teléfono de servicio al consumidor mencionado arriba. Las solicitudes se repasan con el objeto de determinar de qué tipo de asistencia se dispone. Al solicitante se le notificará el resultado de la revisión en el plazo de 10 días hábiles tras recibir la solicitud completada y firmada.

Aquellos pacientes que reúnan las condiciones requeridas recibirán asistencia con las facturas por los servicios prestados por Lucile Packard Children's Hospital y los médicos empleados por la Universidad de Stanford. Dichos servicios podrán incluir la atención de pacientes internos y externos, atención de emergencia, copagos y deducibles, servicios que no estén cubiertos, estancia en el hospital denegada y otras circunstancias especiales. Los pacientes que no tengan cobertura de seguro médico o que tengan una cobertura parcial y que reúnan los requisitos de percibir ingresos bajos a moderados, es posible que califiquen para recibir descuentos o de beneficencia.

**AVISO SOBRE LA BASE DE DATOS
*OPEN PAYMENTS***

Solo con fines informativos, le proporcionamos el enlace a la página *Open Payments* de los centros federales de Medicare y Medicaid (CMS). La base de datos *Open Payments* es una herramienta del gobierno federal que se utiliza para buscar los pagos realizados a los médicos y a los hospitales docentes por parte de las compañías farmacéuticas y de productos sanitarios. Para acceder a *Open Payments* vaya la siguiente página:

<https://openpaymentsdata.cms.gov>.

La ley federal de Transparencia de pagos a profesionales de la salud (*Physician payment Sunshine Act*) obliga a los fabricantes de fármacos y de dispositivos médicos y biológicos a informar en detalle al público de los pagos por valor superior a diez dólares (\$10), monetarios o de otra naturaleza, efectuados a médicos y hospitales docentes.



**INFORMACIÓN DISPOSICIONES
POR ADELANTADO**

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LAS DISPOSICIONES POR ADELANTADO
AL INGRESAR AL HOSPITAL**

- El paciente no pudo contestar las preguntas de este documento de Disposiciones por Adelantado.** (Comuníquese con la Oficina de Servicios para los Pacientes al 498-4847 ó con la Oficina de Servicios Sociales al 497-8303)
- He recibido el folleto titulado "Su derecho de tomar decisiones sobre el tratamiento médico".
- No** he completado el documento que corresponde a mi Disposición por Adelantado (Advanced Directive)
 - A) ...y no me interesa recibir más información.
 - B) ...pero quisiera obtener información adicional.
 - C) ...pero si me gustaría completarlo.
(Comuníquese con la Oficina de Servicios para los Pacientes (Patient Relations) al 498-4847 ó con la Oficina de Servicios Sociales al teléfono 497-8303)
- Sí** he completado el documento que corresponde a mis Disposiciones por Adelantado
 - A) ...y he suministrado un ejemplar del mismo.
Una copia para el expediente medico del paciente, la copia original para el paciente (patient keeps original)
 - Verifico que la información de esta Disposición por Adelantado fue completada en esta fecha _____ es correcta.
 - B) ...pero no lo tengo conmigo. (Entiendo que mientras el personal de LPCH al **no** tener acceso a dicho documento, soy responsable de hacer saber a mi medico cuales son mis deseos respecto mi atencion y tratamiento medicos, incluyendo identificar a la persona que he designado para tomar decisiones por mi.)
- He proporcionado una copia de mi documento de Disposiciones por Adelantado en un ingreso previo. (Staff contacts Admitting at 497-8229 to check in Admitting AD file. If AD is available, Admitting will fax it to the unit, then ask the patient to review it)
- Debido a su Condición Médica el/la paciente no puede responder a ninguna pregunta con respecto al formulario de Disposiciones por Adelantado (*Contact Patient Relations at 498-4847 or Social Services at 497-8303*)

Firma del Paciente (o representante): _____

Firma del represensante, parentesco con el paciente: _____

Social Services/Patient Admitting Service Staff: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

2-Hole 1/4 2 3/4 - 3-Hole 1/4 4 1/4