

**CONDICIONES Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN  
BRODSTONE MEMORIAL HOSPITAL, SUPERIOR FAMILY MEDICAL CENTER O CLÍNICAS SATÉLITE  
(en conjunto, el “CENTRO”)**

1. Consentimiento para el tratamiento: Entiendo que es responsabilidad de mi proveedor de atención médica (de aquí en adelante, “Proveedor”) obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para el tratamiento médico, los procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos o los servicios de rehabilitación prestados según las instrucciones generales y específicas de mi Proveedor.

Yo, sabiendo que tengo una afección que requiere tratamiento médico y después de que mi Proveedor me informara y yo entendiera la naturaleza y el propósito de los procedimientos que me harán en el Centro por mi afección, los riesgos de los procedimientos, las alternativas a la rehabilitación indicada y las consecuencias de no recibir tratamiento, acepto y autorizo voluntariamente todos los procedimientos médicos, de diagnóstico y de laboratorio que hagan o indiquen mi Proveedor o las personas (incluidos otros proveedores de atención médica que él pueda consultar o contratar, asistentes y otro personal, incluido, entre otros, todo el personal del Centro) que él pueda designar durante mi tratamiento en el Centro.

Entiendo que me pueden hacer una prueba para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) según este consentimiento para recibir tratamiento cuando mi Proveedor lo considere apropiado, sin que yo tenga que firmar otro consentimiento para el propósito específico de la prueba de VIH.

El VIH es el virus que causa una infección que, con el tiempo, puede provocar síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Una persona tiene sida cuando el sistema inmunitario está tan dañado que ya no puede combatir enfermedades ni infecciones. Hay pruebas disponibles para determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH en la sangre. Un resultado negativo en la prueba indica que no se encontraron anticuerpos contra el VIH en la sangre. No significa que una persona no tenga infección por VIH, ya que podría tener que pasar más tiempo para que el sistema inmunitario desarrolle anticuerpos. Una prueba de anticuerpos contra el VIH positiva indica que hubo exposición al virus y que una persona tiene anticuerpos contra el VIH en la sangre y puede contagiar a otras personas mediante el contacto sexual, el uso compartido de agujas o jeringas, o de la madre al bebé durante el embarazo. La prueba no indica si una persona tendrá signos de enfermedad relacionada con el VIH ni, si los tiene, qué tan grave será la enfermedad.

Reconozco que no me han dado ninguna garantía respecto de los resultados del diagnóstico, del tratamiento, de las pruebas ni de los exámenes en el Centro.

Reconozco que se puede usar telemedicina u otras tecnologías electrónicas para la comunicación entre proveedores de atención médica que no estén físicamente presentes en el Centro.

2. Relación legal entre el Centro y los proveedores de atención médica: Los proveedores de atención médica que presten servicios a los pacientes en el Centro pueden ser trabajadores independientes, pero no son empleados ni agentes del Centro. Estos trabajadores independientes presentarán una factura aparte por sus servicios profesionales. Al paciente lo atenderá y supervisará su Proveedor, y es responsabilidad del Centro y del personal cumplir las instrucciones de dicho Proveedor.
3. Revelación de información: Autorizo al Centro a revelar mi expediente médico, ya sea oralmente, por fax, mediante fotocopias, por transferencia electrónica o mediante una revisión en el lugar, a otras instituciones de atención médica a las que puedan transferir mi atención, o para las que me estén evaluando; a agencias o proveedores de atención médica que puedan participar en otro tratamiento o en la atención de seguimiento; a mi compañía de seguros o a un tercero pagador, para evaluar la utilización de los servicios y para procesar mi reclamo y recibir el pago de la cuenta en este Centro. Autorizo al Centro a revelar mis registros sobre el diagnóstico o el tratamiento del VIH/sida, o sobre el tratamiento para otras enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, drogadicción o alcoholismo o enfermedades mentales o psiquiátricas, a cualquier miembro del personal del Centro que me atienda o que pueda tener que consultar mis registros para fines de facturación, control de calidad y revisión científica externa; a otras instituciones de atención médica a las que puedan transferir mi atención, o para las que me estén evaluando; y a agencias o proveedores de atención médica que puedan participar en otro tratamiento o en la atención de seguimiento. También autorizo al Centro a revelar información sobre mi estado general a familiares y amigos, y a obtener mi historia de medicamentos mediante el sistema electrónico de recetas.
4. Autorización de Medicare y Medicaid: Autorizo al Centro a revelar a Medicare, Medicaid, la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o aseguradoras, cualquier organización de revisión científica externa o cualquier agencia del estado, de los cuales tengo derecho a recibir el pago de beneficios médicos, cualquier información necesaria para este reclamo de Medicare o Medicaid, o un reclamo relacionado. Certifico que la información que proporcioné cuando solicité el pago según el Título XVIII y el Título XIX de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) es correcta.
5. Cesión de beneficios y autorización para cobrar: Autorizo que el Centro cobre los beneficios del seguro (definidos a continuación) y los beneficios de programas del gobierno que de otro modo nos pagarían a mí o a mi representante por los servicios de rehabilitación, incluidos los servicios de emergencia, si se prestaron, y que reciba el pago directo de estos, a un precio que no supere los honorarios habituales del Centro. El término “beneficios del seguro”, como se usa en el presente, incluye todos los beneficios del seguro, incluidos, entre otros, el seguro médico, el seguro por accidentes, el seguro por daños, la cobertura de pagos médicos y la cobertura por falta de seguro o por seguro insuficiente. Entiendo que soy económicamente responsable de los honorarios que esta cesión no cubra. A cambio de los productos y servicios prestados, doy al Centro una cesión irrevocable de todos los derechos, títulos e intereses que yo tenga en todos los beneficios del seguro o los beneficios de programas del estado

que nos deban pagar a mí o a mi representante por los servicios prestados por el Centro, sus empleados y otras personas que trabajen bajo contrato con el Centro. Ordeno a todas las compañías de seguros, planes médicos, agencias del gobierno y sus agentes o contratistas, y abogados que hagan dichos pagos directamente al Centro.

6. **Objetos de valor personales:** Entiendo que el Centro no se hará responsable del dinero, las joyas, los documentos, la ropa u otros bienes personales extraviados, dañados o robados que yo, o la persona que me acompañe, tenga durante el tratamiento, a menos que los guarde en la caja de seguridad del Centro. El Centro no pagará más de \$50.00 por la pérdida o el daño de cualquier objeto de valor guardado en la caja de seguridad. El dinero o los objetos de valor que no se retiren de la caja de seguridad en el plazo de dos (2) años se desecharán de conformidad con la ley.
7. **Autodeterminación:** El Centro respeta los derechos de los pacientes y reconoce las necesidades individuales de cada paciente de tomar decisiones informadas sobre su atención médica. La política del Centro cumple la Ley de Autodeterminación del Paciente (Patient Self Determination Act) y me facilitará el proceso para expresar mis preferencias sobre el tratamiento. El Centro pretende garantizar que las decisiones sobre las opciones de tratamiento se tomen conforme a las normas éticas, legales y clínicas. Reconozco que me dieron una copia de los derechos del paciente.
8. **Garantía de pago:** Como contraprestación legítima y de valor por los servicios que se prestarán, garantizo el pago de la totalidad de la factura médica y de cualquier gasto en el que incurra el Centro. El Centro prestará servicios médicos a pacientes con recursos económicos limitados o sin recursos económicos. Cuando sea necesario, el personal de servicios financieros y de cuentas de pacientes ayudará a los pacientes a encontrar una solución de pago.
9. **Política de contacto por celular, mensaje de texto y correo electrónico:** Al proporcionar al Centro una dirección de correo electrónico o un número de teléfono de un dispositivo móvil, usted acepta expresamente recibir mensajes —incluidos, entre otros, llamadas con mensajes grabados o de voz artificial, mensajes de texto, correos electrónicos y llamadas de un sistema de marcación telefónica automática— de nosotros y de nuestras filiales y agentes a ese número.
10. **Fotografías y grabaciones de video:** Entiendo que pueden tomar imágenes fijas o en movimiento para documentar mi afección, para dar atención, para identificar al paciente o para fines educativos. En el Centro, se podrá usar monitoreo o grabaciones por televisión de circuito cerrado para fines generales, como atención y seguridad.

---

#### AVISO PARA TODOS LOS PACIENTES:

No hay un médico u osteópata presente en el Centro las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para cubrir las necesidades de los pacientes que tengan una afección médica que requiera atención de urgencia en esos momentos, le pediremos a un proveedor de atención médica de guardia que venga al Centro y evalúe al paciente. Hasta que llegue el proveedor de atención médica de guardia, otros miembros calificados del personal del Centro evaluarán y tratarán la afección que requiera atención de urgencia.

---

¿Tiene un documento de voluntades anticipadas?     Sí     No     No sé     Información entregada

---

**MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE ME EXPLICARON ESTE FORMULARIO, QUE LO LEÍ O ME LO LEYERON, Y QUE LO ENTIENDO EN SU TOTALIDAD.**

---

**QUIEN FIRMA ABAJO CERTIFICA QUE ES EL PACIENTE, EL TUTOR DEL PACIENTE, EL APODERADO, EL PADRE O LA MADRE, O QUE ESTÁ DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR EL PADRE O LA MADRE, O SU REPRESENTANTE, PARA FORMALIZAR LO QUE ANTECEDE Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS.**

Firma del paciente

FECHA

Firma del paciente o su representante

Fecha

Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.  
Si no es el paciente, relación con el paciente

Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.  
Motivo, si no es el paciente (incapaz, menor, etc.)

Firma del testigo

Testigo