

CONSENTIMIENTO PARA QUE SE PRESTEN SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD ECONÓMICA

FAVOR DE LEER ATENTAMENTE Y FIRME LAS AUTORIZACIONES, LIBERACIONES DE OBLIGACIONES Y ACUERDOS NECESARIOS PARA QUE PODAMOS SEGUIR ADELANTE CON LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO QUE MANDÓ SU MÉDICO O PROVEEDOR.

- 1. CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS HOSPITALARIOS.** Comprendo que el médico o proveedor que da el tratamiento dirige la atención del paciente y consiento en que se presten los servicios hospitalarios que sean adecuados para mi atención, según lo mande(n) mi(s) médico(s) o proveedores.
- 2. ENSEÑANZA MÉDICA.** Comprendo que residentes, pasantes, estudiantes de Medicina, enfermeros u otros pasantes del sector salud podrán observar, examinar, tratar y participar, bajo supervisión, con respecto a mi atención como parte de programas de enseñanza médica.
- 3. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO.** Certifico que di información correcta cuando solicité el pago de acuerdo con el Título XVIII o XIX de la Ley del Seguro Social (Medicare). Entiendo, si soy beneficiario de Medicare, que me hago responsable del deducible, coaseguro, días de reserva de por vida de Medicare, si corresponden, y del coaseguro del 20% de la Parte B por honorarios profesionales. Por este medio cedo irrevocablemente al hospital y a todos los proveedores clínicos que me den atención en el hospital el pago de todos los beneficios de hospitalización y beneficios médicos que correspondan y que, por lo demás, se me pagarían. A no ser que el contrato de seguro señale lo contrario, la precertificación es, en última instancia, responsabilidad del paciente.
- 4. ACUERDO ECONÓMICO.** Yo, quien firma más abajo, me obligo, a cambio de los servicios que se le prestarán al paciente, a hacerle pagos puntuales al hospital, según las tarifas señaladas en la hoja maestra de descripción de tarifas del hospital, las políticas de pagos con descuentos y atención benéfica del hospital --si vienen al caso-- al igual que según las leyes estatales y federales. Si se le manda a algún abogado o agencia de cobros alguna cuenta para que se cobre, acepto pagar los honorarios razonables de abogado y gastos de cobros. Como cortesía, comprendo que el Hospital podrá mandarle cuenta(s) a mi Aseguradora o plan de seguro médico, aunque no tiene la obligación de hacerlo. Acepto y comprendo que me corresponde a mí, quien firma más abajo, la responsabilidad económica de los servicios prestados, a excepción de cuando lo prohíben las leyes. También comprendo que la obligación de pagarle al hospital no se podrá aplazar por ningún motivo, inclusive a consecuencia de acciones judiciales pendientes contra otras personas para que se indemnicen los gastos médicos. El Hospital decidirá cuándo la cuenta está atrasada debido a la falta de pago del saldo de la cuenta. Comprendo que todos los médicos y cirujanos pasarán por separado las cuentas de sus servicios, inclusive el radiólogo, patólogo, médico de la sala de emergencias, anestesista, médico interno del hospital y otros.
- 5. EL HOSPITAL ACTUARÁ CONMO REPRESENTANTE.** Cedo y transfiero irrevocablemente al hospital todos los derechos, beneficios y demás intereses relacionados con el plan de seguros, plan de beneficios de atención médica (inclusive el plan de beneficios de atención médica patrocinado por el empleador) o demás fuentes de pago de mi atención médica. En esta cesión se incluirá cederle y autorizarle al hospital que reciba todos los beneficios del plan de seguro médico y aseguradora pagaderos por esta hospitalización o por estos servicios prestados como paciente ambulatorio. Acepto que el pago al hospital de la aseguradora o del plan según esta autorización lo liberará de sus obligaciones correspondientes a este pago. Comprendo que soy el responsable económico de los cargos que no se hayan pagado según esta cesión en la medida que lo permiten las leyes estatales y federales. Acepto cooperar con este hospital y tomar las medidas que el mismo pida dentro de lo razonable para formalizar, confirmar o hacer vigente esta cesión. También por este medio autorizo al Hospital o al representante del Hospital a actuar en nombre mío en cualquier controversia con toda organización de atención médica dirigida (*managed care organization*), programa gubernamental de atención médica, plan de seguros, o plan de beneficios de seguro médico patrocinado por el empleador con respecto a los beneficios disponibles según dicho plan. En esta autorización se incluye concretamente la autorización de presentar en nombre mío cualquier apelación basada en que se negaron beneficios y de actuar como representante mío en seguir adelante con dichas apelaciones.
- 6. CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS INALÁMBRICAS.** Si en algún momento doy el número del teléfono celular a que se me puede hablar, doy consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto, inclusive, entre otras cosas, comunicaciones relacionadas con cuentas y pagos de artículos y servicios; a no ser que le avise al hospital lo contrario por escrito. Las llamadas y mensajes de texto de esta sección son, entre otros, mensajes pre-grabados, mensajes por voz artificial, aparatos telefónicos de marcado automatizado o de otra tecnología computarizada o los enviados por correo electrónico, mensajes de texto o mediante cualquier otro medio de comunicación electrónica procedentes del hospital, compañías afiliadas, personas que trabajan por su cuenta, prestadores de servicios, profesionales de la atención clínica, abogados o sus representantes, inclusive agencias de cobros.

Consent for Services and Financial Responsibility. Spanish
892-050 (Rev. 12/13) Page 1 of 3



CONSERV

 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

7. **CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO.** A no ser que yo le avise al hospital lo contrario, si en algún momento le doy al hospital la dirección de correo electrónico a la que se puede comunicar conmigo, consiento en recibir en dicha dirección de correo electrónico instrucciones sobre el alta del hospital, estados de cuenta, cuentas, materiales de mercadotecnia correspondientes a servicios nuevos y recibos de pago enviados desde el hospital.
8. **PACIENTES AMBULATORIOS DE MEDICARE.** Medicare no cubre las medicinas por receta, a no ser que se hagan ciertas excepciones. Según las reglas de Medicare, usted es el responsable de las medicinas que se le proporcionen, mientras sea paciente ambulatorio, que concuerden con la definición de "medicina por receta" que señala Medicare. A estas medicinas se les suelen decir "medicinas que se administra uno mismo", ya que normalmente se las administra uno mismo, aunque las podrían administrar empleados del hospital. Medicare obliga a los hospitales a que les pase las cuentas de estas medicinas a los pacientes o a otros terceros pagadores. Los beneficiarios de la Parte D de Medicare pueden pasarle a la Parte D de Medicare la cuenta del reembolso de estas medicinas según los materiales de inscripción del plan de suministro de medicinas de Medicare.
9. **CONSENTIMIENTO PARA EL CONTROL DE INFECCIONES.** Comprendo que podría ser necesario o indicado médicamente que se me analice la sangre mientras sea paciente del hospital para protección contra la posible transmisión de enfermedades que se llevan en la sangre, tales como la hepatitis o el virus de inmunodeficiencia humana (sida o VIH). Por ejemplo, si un empleado del hospital se pincha con una aguja mientras extrae sangre, si le caen salpicaduras de sangre o si se hiere con el bisturí y entra en contacto con mi sangre, comprendo que se analizarán mi sangre y la del empleado para averiguar si podría estar infectada por las enfermedades mencionadas anteriormente. Los resultados de los análisis del empleado y paciente permanecerán confidenciales según lo señalan las leyes.
10. **RELACIÓN ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS U OTROS PROVEEDORES.** Comprendo que la mayoría de los proveedores que prestan servicios en este Hospital trabaja por cuenta propia y no son empleados, representantes ni personeros del Hospital. Muchos de los médicos y cirujanos que me prestan servicios, inclusive el radiólogo, patólogo, médico de la sala de emergencias, anestesiista, médico interno del hospital y otros trabajan por cuenta propia y no son ni empleados, ni representantes ni tampoco personeros del hospital. Igualmente, los asistentes de médico (llamados en inglés "P.A."), los enfermeros autorizados para ejercer la Medicina (llamados en inglés "N.P.") y los enfermeros diplomados certificados para administrar anestesia (llamados en inglés "C.R.N.A.") podrán trabajar cuenta propia y no ser ni empleados, ni representantes, ni tampoco personeros del Hospital. Los que trabajan por cuenta propia son responsables de sus propios actos, y el Hospital no se hará responsable legalmente de los actos u omisiones de ninguno de dichos trabajadores por cuenta propia.

_____ Iniciales del paciente o del representante del paciente

Comprendo que me atiende y supervisa el médico o proveedor encargado de mi tratamiento. El hospital y sus empleados son responsables de llevar a cabo las instrucciones de mi médico o proveedor. Mi médico, proveedor o cirujano es el responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para recibir tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos especiales para hacer diagnósticos o aplicar tratamiento o para recibir los servicios del hospital que se me prestan según las instrucciones generales y especiales de mi médico o proveedor.

Comprendo que los médicos o proveedores que prestan atención en este hospital pueden ser proveedores QUE NO PARTICIPAN en mi plan de seguro y me pasarán a mí las cuentas por sus servicios profesionales independientemente de la cuenta del Hospital.

11. **AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Comprendo que se me ha entregado el Aviso sobre Prácticas de Privacidad en que se señala la descripción más completa de cómo se emplea y da a conocer la información sobre mi atención médica.
12. **PREFERENCIA POR APARECER EN EL DIRECTORIO DE PACIENTES.** Se me ha informado de que, a no ser que yo me oponga, el hospital podrá emplear el directorio del hospital para informarles a los visitantes o personas que llaman por teléfono, si preguntan por mí por mi nombre, del lugar del hospital en que estoy y de mi estado de salud en general. Los ministros religiosos también podrán recibir dicha información sobre mi filiación religiosa.
 - Me opongo a que mi nombre, a que el lugar en que estoy y a que mi estado de salud en general aparezcan en el directorio del hospital.
13. **OPCIÓN DE RECIBIR LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.** De acuerdo con la Sección 60 del Título VI, el Hospital tiene el compromiso de asegurarse de que todos los pacientes reciban el mismo acceso a la atención médica. Para cumplir esta meta, los servicios de interpretación se podrán emplear o pedir sin que le cuesten nada a usted.
14. **DERECHOS DEL PACIENTE.** He recibido la copia de los Derechos del Paciente. Comprendo estos derechos, y si me queda alguna duda, pediré más información.

Consent for Services and Financial Responsibility. Spanish
892-050 (Rev. 12/13) Page 2 of 3



CONSERV

 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

15. **CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME HAGAN FOTOGRAFÍAS.** Consiento en que se me hagan fotografías o videos o en que se me tomen otras imágenes cuando mi médico o proveedor estime que es médicamente necesario antes o después del procedimiento o durante el mismo. Esto se hace para documentar mi tratamiento y estado de salud y se guardará como parte de su historia clínica.

16. **ACEPTACIÓN REFERENTE A LAS INSTRUCCIONES POR ADELANTADO SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA.** Comprendo que no es obligación de que yo haya dado las Instrucciones por Adelantado sobre la Atención Médica para recibir tratamiento médico en este centro de atención médica. Comprendo que, en la medida que lo permitan las leyes, el centro de atención médica y mis cuidadores cumplirán con las condiciones de las Instrucciones por Adelantado sobre mi Atención Médica que llevan mi firma.

- Firmé las Instrucciones por Adelantado sobre la Atención Médica, si viene al caso
- No he firmado las Instrucciones sobre la Atención Médica
- Me gustaría formular las Instrucciones por Adelantado sobre la Atención Médica o recibir más información

17. **DEMÁS ACEPTACIONES**

- a. **Efectos personales.** Comprendo y acepto que el hospital tiene una caja fuerte para proteger el dinero y los demás objetos de valor y que el hospital no se hará responsable legalmente de la pérdida de dichos objetos de valor, a no ser que se depositen en el hospital para guardarlos a fin de que estén protegidos. La responsabilidad legal del hospital por la pérdida de los efectos personales depositados para guardarse con protección queda limitada a \$500.00 o a la cantidad máxima obligatoria por ley. Comprendo que soy responsable de todos mis efectos personales, inclusive los artículos de aseo personal, ropa, anteojos, lentes de contacto, aparatos para sordos, dentaduras postizas, los demás aparatos protésicos, aparatos electrónicos, tales como teléfonos celulares, computadoras portátiles (*laptop*), lectores electrónicos, iPads/iPods/tabletas y los demás aparatos de este tipo.
- b. **Política sobre no fumar.** El Hospital es un centro en que no se fuma. Comprendo que no se me permite consumir productos de tabaco mientras esté en el Hospital.
- c. **Armas/explosivos/drogas.** Comprendo y acepto que en el hospital no se permiten ni armas, ni explosivos, ni sustancias prohibidas por la ley, ni drogas ni tampoco bebidas alcohólicas. Comprendo que no se me permite tener estos artículos ni en mi habitación ni tampoco junto con mis pertenencias mientras yo esté en el Hospital. Si el Hospital considera que tengo alguno de los artículos mencionados anteriormente, el Hospital podrá registrar mi habitación y mis pertenencias. Si se le llegan a encontrar, los artículos podrán quedar confiscados, se podrán desechar adecuadamente o se les podrán entregar a las autoridades policíacas.

18. **PACIENTES DE MATERNIDAD.** Si doy a luz a un (varios) bebé(s) mientras yo sea paciente de este hospital, acepto que cada una de las cláusulas de este Consentimiento para que Se Presten Servicios y Responsabilidad Económica se le(s) aplique al (a los) bebe(s).

He leído y comprendo por completo este Consentimiento para que Se Presten Servicios y Responsabilidad Económica y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Acepto que o no deseo hacer ninguna pregunta o que las respuestas a mis preguntas se dieron a mi satisfacción.

Firma del paciente o del representante legal para la atención médica, si no es el paciente

Fecha

Hora

Relación o parentesco del representante

Motivo por el cual la persona no está capacitada para firmar, por ejemplo, es menor de edad o está incapacitada legalmente

Firma del testigo

Fecha

Hora

Consent for Services and Financial Responsibility.Spanish
892-050 (Rev. 12/13) Page 3 of 3



CONSERV

 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

“Nuestra misión es cuidar de usted con compasión y respeto.”

Durante su estancia en el hospital, usted tiene el derecho de solicitar una evaluación para que lo den de alta, la cual indicaría que necesita servicios médicos después de que salga del hospital y que además éstos estén disponibles.

Contacte al Departamento de Salud de Nuevo México en caso de que tenga preguntas o dudas sobre la calidad del cuidado médico, abuso, descuido o explotación:

Líneas de emergencia: 1-800-752-8649 ó 1-800-445-6242

Servicios de Protección al Adulto: 1-866-654-3219

Horario de las líneas de emergencia

De lunes a viernes

8:00 a.m. – 5:00 p.m.

(Tiempo de la montaña)

(Cerrado los fines de semana y días festivos)

Sus dudas sobre la calidad del cuidado también las puede dirigir a la Joint Commission al 1-800-994-6610

Correo electrónico: compliant@jcaho.org

(Horario de trabajo: de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., tiempo del centro)

§ *TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL* §

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: _____

FECHA: _____

*****LA FIRMA ARRIBA INDICA QUE ENTENDIÓ LA INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO*****

<p>Hot Line Notification 651-222S (Rev. 08/12) Page 1 of 1</p>  <p>ADMHOTLS</p>  <p>Memorial Medical Center Las Cruces, NM</p>	<p>USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE</p>
--	---

Primary Care Provider

Please list your Primary Care Physician/Provider or Provider Group. This is the Physician/Provider you see for routine visits, wellness exams and/or minor health concerns.

(Write Physician or Physician Group name above)

_____ Initial here if you **DO NOT** have a Primary Care Provider. Thank you!

Signature of Patient/Legal Representative

Date

Time

.....

Médico de atención primaria

Por favor anote quién es su médico de atención primaria (llamado "PCP" en inglés) o grupo que le da atención primaria. Es el médico o profesional de la medicina a quien usted ve en consultas generales, en exámenes anuales y/o para inquietudes menores sobre su salud.

(Escriba sobre la línea el nombre del médico o del grupo que le da atención médica)

_____ Ponga sus iniciales en el espacio en blanco si **NO TIENE** Médico Primario.
¡Gracias!

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Hora

Primary Care Provider

862-103 (New 06/14) Page 1 of 1



 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

Free, fast, secure and confidential . . . MMC created "My Healthpoint" for You!

You can now access important information about your recent hospital stay as an inpatient or through the Emergency Department online.

INCLUDING:

- Procedures performed during your stay
- List of current and past medical issues
- Discharge instructions
- List of current medications and your medication history
- Laboratory results
- Additional valuable information

Simply provide your **email address:** _____

If you do not have an email address or do not wish to provide it at this time, please initial one of the following:

_____ I do not wish to provide my email address at this time

_____ I do not have an email address

Thank You for choosing MMC as your Healthcare Provider!

Gratis, rápido, seguro y confidencial . . . ¡MMC creó "My Healthpoint" para usted!

Ya puede tener acceso a información importante acerca de su hospitalización reciente (como paciente internado y también sobre visitas a la sala de emergencias).

INCLUYENDO:

- Los procedimientos que se le hicieron mientras estuvo hospitalizado
- La lista de sus problemas médicos actuales y anteriores
- Las instrucciones que recibió cuando le dieron de alta
- La lista de las medicinas que usted toma actualmente y el historial de las medicinas que ha tomado
- Los resultados de los análisis de laboratorio
- Otros datos valiosos

Sencillamente anote su **dirección de correo electrónico:** _____

Si no tiene dirección de correo electrónico o no quiere darla en estos momentos, por favor ponga sus iniciales en una de las opciones que aparecen a continuación:

_____ No quiero dar mi dirección de correo electrónico en estos momentos

_____ No tengo dirección de correo electrónico

¡Gracias por poner a MMC al cuidado de su salud!

<p>My Healthpoint E-Mail Request 862-102 (New 06/14) Page 1 of 1</p>  <p>U R F O R M</p>  <p>Memorial Medical Center Las Cruces, NM</p>	<p>USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE</p>
---	---