## Condiciones de tratamiento

### Consentimiento para la realización de procedimientos médicos y quirúrgicos

Doy mi consentimiento para que se lleven a cabo procedimientos como paciente ambulatorio, incluyendo tratamiento o servicios médicos, mismos que pueden incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, rayos X, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, o bien, para que el Eisenhower Medical Center (EMC) brinde servicios al paciente de acuerdo a las instrucciones generales y específicas de su médico. Comprendo que, según las políticas del EMC, se me pedirá mi consentimiento por escrito para ciertos tratamientos y procedimientos después de que se me hayan informado los riesgos, beneficios y alternativas y después de que mis dudas hayan sido resueltas.

#### Consentimiento para fotografías/filmación

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, imágenes digitales y de otra naturaleza, de mi condición o tratamiento, así como para el uso de las imágenes con fines diagnósticos, de tratamiento o para las operaciones del EMC, incluyendo auditorías y los programas educativos o de capacitación realizados por el EMC.

#### Propuesta 65

La Ley de Agua Potable y Sustancias Tóxicas de California, comúnmente llamada Propuesta 65, prohíbe exponer a las personas a cualquier sustancia química considerada por el Estado como carcinógena o como tóxica para la reproducción durante el desarrollo de actividades comerciales sin antes proporcionar una advertencia clara y razonable, aún si la exposición es únicamente en cantidades mínimas. Usted puede obtener, si así lo solicita, una lista de los productos que contienen productos químicos reconocidos por el Estado de California como causantes de defectos congénitos u otros daños reproductivos. Es posible que uno o más elementos sean utilizados durante su tratamiento.

# Asignación de beneficios y garantía de pago

Yo otorgo al Eisenhower Medical Center el derecho a facturar y cobrar a cualquier compañía aseguradora a la que yo esté afiliado, y estoy de acuerdo en cooperar para procurar dicho pago. Pagaré el deducible o el copago, así como cualquier cantidad denegada o no cubierta por el seguro. Los deducibles estimados y los copagos se encuentran sujetos a cambios. Si no cuento con un seguro o si existe la posibilidad de que necesite asistencia financiera, estoy de acuerdo en presentar una solicitud de asistencia financiera del EMC y en proporcionar la documentación de respaldo necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia total o parcial. Se entiende que es mi responsabilidad obtener la autorización necesaria de mi aseguradora o plan de salud para los servicios del EMC y para las pruebas o tratamientos, así como proporcionar dicha autorización al EMC. Comprendo que, si mi aseguradora no autoriza los servicios y decido recibirlos, yo seré responsable del pago de los cargos que el EMC cobre por dichos servicios. El EMC posee una lista de proveedores con los que negocia. Usted puede solicitar una lista de dichos planes en la oficina de asuntos financieros. Comprendo que todos los médicos, incluidos el radiólogo, el patólogo y otros médicos, facturarán sus servicios por separado.

#### Divulgación de información

El EMC obtendrá el consentimiento y la autorización del paciente para la divulgación de información clínica (que no sea información básica) relacionada con el mismo, salvo en aquellas situaciones en las que el EMC tenga permitido o se vea obligado por ley a difundir información. El abajo firmante dio su consentimiento para dar a conocer información a las entidades que proporcionan atención en casos post-agudos. El EMC cuenta con autorización para el cobro de la totalidad o parte de los cargos por los servicios proporcionados al paciente por el EMC o por su personal médico (incluyendo, entre otros, al EMC o compañías de servicios médicos, compañías aseguradoras, compañías de seguros laborales, fondos de asistencia, el empleador del paciente u organizaciones médicas de revisión de la utilización designadas por el EMC) sin necesidad de acción alguna por parte del paciente, a nombre suyo, o realizada por alguna entidad relacionada con éste.



CONDITIONS OF TREATMENT



1-	•		,				
(Inicia	les del paciente)	Los médicos	son contratis	tas indepen	dientes		
las instruccion representante proporcionado	ue estoy bajo el cui nes del médico para e de EMC y que eje o privilegios de uso s servicios profesio	a atenderme y cu erce su juicio inde o en EMC para el	uidarme. Comp ependiente cor cuidado de lo	orendo que n no miembro s pacientes.	ni médico no es u del personal méd Es posible que re	n empleado o ico al que se le l ciba la factura d	
California) oto	es del paciente) orga licencias y reg alifornia si llaman al	ula a los médicos	s. Los paciente	es pueden ob			
departamento	<b>pitalarias</b> Medicare y algunos os en dos partes: la las clínicas hospita	cuota de los ser	vicios y la cuo	ta del provee	edor. Es posible q		·
de llegar a tie cualquier cita una notificació	es del paciente) mpo a las citas pro . Si llego tarde a ur ón apropiada de ca tro puede rechaza	ogramadas y de c na cita, el centro p ancelación de mi	dar un aviso de podría reprogr	e cancelación amar la cons	sulta o atenderme	anticipación pa más tarde. Si n	ra o doy
	e anexos adiciona ue firma este docur	•		iguiente:	×	5.	
Derec	hos y responsabilid	lades del pacient	e				
Aviso	de Prácticas de Pri	vacidad (NPP, er	n inglés)				
Folleto	de asistencia eco	nómica y paquet	es de solicitud	(si aplican)			
certifica que él	e firma a continuacio /ella es el paciente, s representante gener	su representante l	legal o que cue	nta con la deb	oida autorización d	el mismo para ac	oién tuar en
Fecha Hora	Paciente / padre o m	adre / tutor / person:	responsable	Si no es el n	aciente, indique su re	plación con ésta	
	. 250.107 page 0 111	auto / tatol / polobile	rooporioable	51 110 63 61 p	aciente, inuique su re	nacion con este	
				Tootige (nee	accric únicamente eu		

Testigo (necesario únicamente cuando la persona que firma sólo coloca una marca)

# DEBE ENTREGARSE UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO AL PACIENTE Y A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE FIRME EL MISMO.

Los Derechos del paciente establecen que usted tiene derecho a recibir el historial de salud correspondiente a su visita a la clínica y a su tratamiento. El Eisenhower Medical Center ha creado un portal para sus pacientes al que usted puede entrar para revisar y/o imprimir su historial de salud correspondiente a esta visita. Los registros de muchas de sus visitas anteriores, mas no de todas, documentadas por el Eisenhower Medical Center se encuentran disponibles en *My.EMC.org*, donde usted puede obtener una copia electrónica de la información relativa a su salud y/o resúmenes clínicos para sus visitas al médico.



**CONDITIONS OF TREATMENT** 

