

## CONDICIONES DE ADMISIÓN

- 1. CUIDADO POR ENFERMERAS** El Centro de Endoscopia de Salem, LLC ("el Centro") proporciona sólo los servicios de enfermeros de cuidado general, a menos que médico del paciente dé órdenes que le proporcionen al paciente cuidado más intensivo. Si la condición del paciente es tal que necesita el servicio de una enfermera de servicios especializados, se reconoce que tales servicios deben ser arreglados por el paciente o su representante legal. El Centro no tendrá ninguna responsabilidad si se falta en proporcionar el mismo y es por este medio liberado de cualquier responsabilidad que provenga del hecho que el susodicho paciente no reciba tal cuidado adicional.
- 2. CONSENTIMIENTO MÉDICO Y PROCESAL** El paciente está bajo el cuidado y la supervisión de su médico atendedor y el Centro y sus enfermeras tienen la responsabilidad de realizar las instrucciones de tal médico. El abajo firmante reconoce que todos los médicos que le proporcionan servicios al paciente, incluso el patólogo y otros por el estilo, son contratistas independientes y no son empleados ni agentes del Centro. El abajo firmante consiente a un examen de rayos X, procedimientos de laboratorio, sedación consciente, tratamiento médico, u otros servicios que el Centro le proporciona al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico. Entiendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que no se ha dado ninguna garantía acerca del resultado de los tratamientos y exámenes de este Centro.
- 3. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** Hasta el grado necesario para determinar responsabilidad del pago y obtener reembolso, el Centro puede revelar partes del registro del paciente, incluso sus archivos médicos, a cualquier persona o corporación que es, o puede ser obligado de pagar todo o cualquier parte del costo del Centro, incluso pero no limitado con compañías de seguros, Asistencia Médica (Medicare o Medicaid), seguro de enfermedad, portador de compensación del trabajador, u otro pagador o agencia. También autorizo la divulgación de copias de mis archivos médicos a practicantes de asistencia médica y organizaciones que están involucradas en mi cuidado continuo después de que me den de alta. Si es indicado, el Centro puede revelar información acerca del paciente al sistema de Registro de Tumores y Cáncer de Oregon.
- 4. OBJETOS DE VALOR PERSONAL** Se entiende y se acuerda que el Centro aconseja que los pacientes dejen todos los objetos de valor en casa, y que el Centro no será responsable por la pérdida o el daño de cualquier objeto personal, incluso pero no limitado con dinero, joyería, documentos, gafas, dentadura postiza o audífonos (aparatos de oídos).
- 5. ACUERDO FINANCIERO** El abajo firmante (que haya firmado como agente o como paciente), se acuerda que en consideración a los servicios que se le proporcionarán al paciente, él/ella por este medio individualmente se obliga a pagar la cuenta del Centro de acuerdo con los precios regulares y los términos del Centro. Si la cuenta es mandada a un abogado para que se cumpla con el pago, el abajo firmante pagará los honorarios del abogado razonables y los gastos de la colección.
- 6. ASIGNACIÓN DE VENTAJAS DE SEGUROS** El abajo firmante (que haya firmado como agente o como paciente) autoriza el pago directo al Centro, o cualquier beneficio de seguros o Subsidio de Invalidez o Desempleo que por otra parte pagadero al abajo firmante por esta hospitalización en un precio que no exceda los gastos regulares del Centro. Se acuerda que el pago al Centro de acuerdo con esta autorización, por parte de una compañía de seguros, liberará susodicha compañía de seguros de cualquier obligación bajo una póliza en toda la extensión de tal pago. Indiferente a cualquier asignación, el abajo firmante acepta la responsabilidad económica de cualquier gasto que no sea cubierto por beneficios de seguros incluso, pero no limitado con, deductibles y coseguros que se deben al momento de la admisión. El abajo firmante entiende que si las agencias de Asistencia Médica, Seguro de Enfermedad u otra compañía de seguros niegan el pago, él/ella será responsable del pago.
- 7. PROGRAMAS DE SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA** Este Centro mantiene una lista de los programas de servicio de asistencia médica con los cuales el Centro se ha contraído. Una lista de tales proyectos está disponible en la oficina financiera. El Centro no tiene ningún contrato, ni expreso ni implícito, con ningún plan que no aparezca en la lista. El abajo firmante se acuerda que lo obligan individualmente a pagar el costo entero de todos los servicios que el paciente recibe en el Centro si él o ella pertenece a un plan que no aparece en la lista arriba mencionada.
- 8. ADMISIÓN AL HOSPITAL** Después de su procedimiento, es posible que se aconseje que el paciente se intere en un hospital. Estoy de acuerdo con la admisión al Hospital de Salem si tal admisión sea aconsejable en beneficio mío, en la opinión de mi médico.
- 9. CONSENTIMIENTO** Si un empleado se expone a la sangre o los fluidos corporales del paciente, es posible que se precise hacer análisis de su sangre para la hepatitis B y C y para el VIH. Consiento por la presente a tal análisis si se hace necesario.

### Declaración:

El paciente ha sido instruido y consiente en no hacer funcionar un automóvil, ni hacer ningún contrato legal, ni tomar ninguna bebida alcohólica, ni tomar ninguna medicina (a menos que no sea recetada por un médico) durante las veinticuatro (24) horas después del procedimiento porque él/ella ha tomado medicina para dolor y/o narcóticos. \_\_\_\_\_ (nombre del chofer) lo/la llevará a casa desde el Centro después del procedimiento y el paciente no conducirá debido a la medicina para dolor o los narcóticos que ha recibido.

El abajo firmante además certifica que ha leído lo anterior, que ha recibido una copia de él, y que es el paciente, o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar el susodicho y aceptar sus términos.

Fecha \_\_\_\_\_

Paciente / Padre / Guardián

Hora \_\_\_\_\_

Relación, si no es el paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo