

Consienta para la Admisión & el Tratamiento

Consienta al Cuidado Médico: Solicito la admisión en la FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL y autorizo la facilidad, el personal y los médicos a proporcionar el cuidado. Solicito y consiento al cuidado médico y procedimientos diagnósticos que mi médico que asiste (médicos), o su designees, determina son necesarios. Reconozco que el cuidado médico yo recibo mientras en la FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL está bajo la dirección de mi médico que asiste (médicos) y esa FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL no es responsable de actos de omisión de mi médico que asiste (médicos). Autorizo la FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL a retener o deshacerse de cualquier espécimen o el tejido tomados del encima de paciente denominado..

Programas docentes: Entiendo que esto es una facilidad que promovió las oportunidades de la educación, y por lo tanto, yo entiendo que puedo ser visto y puedo ser examinado por participantes supervisados como una parte del programa educativo. Conuerdo en tomar parte en estos programas, pero reservar el derecho de limitar mi participación en tiempo.

La revelación de Información: El abajofirmante concuerda que todo registra con respecto a esta hospitalización de paciente se quedará la propiedad de la facilidad. El abajofirmante entiende que los registros médicos y facturar información engendró o mantuvo por la facilidad son accesible al personal de la facilidad y el personal médico. El personal de la facilidad y el personal médico pueden utilizar y poder revelar información médica para el tratamiento, las operaciones del pago y la asistencia sanitaria y a cualquier otro médico, el personal de asistencia sanitaria o proveedor que es o puede ser implicado en la a quien corresponda del cuidado para esta admisión. La facilidad se autoriza a revelar todo o la parte del registro médico de paciente a cualquier compañía de seguros, indemnizador de terceros, portador de compensación de trabajadores, el grupo auto asegurado de empleador u otra entidad (o sus representantes autorizados) que es necesario para el pago de cuenta de paciente. La ley requiere que la facilidad aconseja el abajofirmante eso **LA INFORMACION LIBERO mayo INDICA LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O VENEREA QUE mayo INCLUYE, PERO no ES LIMITADO A, las ENFERMEDADES TALES COMO la HEPATITIS, la SIFILIS, la GONORREA Y EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, SABEN TAMBIEN SINDROME COMO ADQUIRIDO de INMUNODEFICIENCIA (SIDA).** La facilidad se autoriza a revelar todo o cualquier porción del registro médico de paciente como conjunto adelante en su Nota de Prácticas de Intimidad, a menos que el paciente se oponga en la escritura. Firmando esta forma, usted autoriza tales revelaciones.

El Consentimiento especial para Probar de VIH: El abajofirmante consiente específicamente al probar de la sangre de paciente o virus de la inmunodeficiencia humana (también conocido como SIDA) y/o la Hepatitis si determinado por el médico de paciente que asiste para ser necesario (yo) para determinar los procedimientos apropiados del tratamiento y/o el tratamiento para el paciente o (ii) para la protección del médico que asiste y/o cualquier empleado o el agente de la facilidad o el médico que asisten expusieron a Los líquidos corporales del paciente en una manera que podría transmitir tal enfermedad. El abajofirmante ha sido informado acerca de la naturaleza del análisis de sangre, su beneficio esperado, y se ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del análisis de sangre.

Haga Haga no Yo (nosotros) autoriza FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL y/o mi fotografiar/video de médico y/o médico o permite otro fotografiar/video de personas para tales propósitos como puede ser creído necesario.
 Haga Haga no Yo (nosotros) el consentimiento a la presencia de estudiantes, de los residentes o los hombres, y de los vendedores en el espacio operador observar el procedimiento. Estoy enterado que sólo el médico puede otorgar este permiso en mi consentimiento.

Directiva anticipada y Donante de Tejido de Organo: El paciente, o su representante, por la presente reconoce sido proporcionado con información con respecto al derecho paciente de derechos y paciente para preparar una directiva anticipada. Los documentos siguientes se han ejecutado:

Directiva y/o Vivir anticipados Hacen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Querría más información en Directivas Anticipadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Poder Duradero médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido usted una copia de la Declaración de derechos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted a un guardián legal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Proporcione por favor el nombre: _____

Derechos pacientes: Reconozco recibo de información que explica mis derechos como un paciente y, a petición de los interesados, yo recibí una copia de la nota del Estado y esta declaración de la política de la facilidad con respecto al Derecho de Paciente a la Autodeterminación.

He sido informado que mi médico puede ser un socio en la propiedad de FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL. Tengo el derecho de revisar una lista de socios. Los médicos y los Profesionales Aliados de la Salud (AHPs) practicando en FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL son licenciados y/o credentialed para practicar en esta facilidad. Los médicos y AHPs proporcionan los servicios médicos en FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL, pero ellos no son agentes ni empleados de FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL.

Los Acuerdos financieros: Para servicios a esto realizó o para ser realizado para el Paciente por FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL (si uno o más), debajo de firmado (respectivamente si más de un), si como paciente, el agente o el garante, concuerda y promete pagar las cargas para el cuidado tan proporcionado al Paciente por FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL de acuerdo con FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL's las tasas entonces actuales del estándar y todo cuestan contraído en reuniendo mismo, junto con honorarios de abogado, que FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL cree Necesario y requirió razonablemente imponer los derechos de FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL.

La tarea de Beneficios de Seguro a FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL. Como o a favor del Asegurado bajo el seguro especificado en los documentos de matrícula del Paciente, y de otro modo pagadero a eso (el presente y los derechos futuros a eso y el dinero debido o para llegar a ser debido de allí llamó "los Derechos del Contrato"), el debajo de firmado asigna irrevocablemente y transfiere a FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL los Derechos del Contrato, y las órdenes y dirige tal a asegurador (aseguradores) pagar todo dinero debido o para llegar a ser debido más abajo directamente a FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL o Su apoderado. Para realizar tal pago, FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL es constituido irrevocablemente y es designado a abogado lícito de hecho con poder de sustitución, para demandar o de otro modo para reunir y asentarse cualquier reclamo bajo los Derechos del Contrato como asegurado sin nota o aprobación adicionales de Asegurado y para aprobar en el nombre del Aseguró cualquier cheque u otro instrumento para el pago del dinero más abajo. Aún más, entiendo eso **La ANESTESIA, los SERVICIOS de MEDICO, la PATOLOGIA, la RADIOLOGIA y algunos SERVICIOS del LABORATORIO** facturaráme separadamente y asignará mis beneficios del seguro a ellos si sus servicios se rinden durante mi tratamiento. Yo también los autorizo a liberar mi información médica necesitada por mi portador del seguro para procesar el reclamo.

Si Asegurado recibe el dinero directamente del Asegurador (Aseguradores), mismo será contenido la confianza e inmediatamente transferido a FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL para cantidades debidas. Esta tarea es irrevocable con el interés hasta que el pago repleto y completo de todo dinero debido a la Facilidad y su se afilie de este acontecimiento de la admisión o de otro modo. El dinero recibido por FOUNDATION SURGICAL HOSPITAL del Asegurador (Aseguradores) u otras fuentes de terceros, menos el gasto a conseguir mismo, será descontado del principal debido para servicios rendidos al Paciente. Si las cargas no cubrieron por el seguro no puede ser pagado la deuda entera cuándo debido, debajo de firmado concuerda sobre el pedido en firmar un pagaré que soporta el interés en la tasa legal máxima pagar toda deuda no pagado, si el crédito se aprueba.

El Alcance no nacido aún del Niño: Si encinta, el encima del consentimiento para el tratamiento, las liberaciones, las tareas, y el acuerdo de garante aplican a mi niño recién nacido si nacido en esta facilidad durante este período del tratamiento.

El seguro Precertification: Entiendo que ese precertification para mi seguro es una responsabilidad paciente. Asumo toda responsabilidad para notificar mi compañía de seguros y obtener la aprobación.

La Tarea del cuidado médico, la Certificación de Paciente, la Autorización para Liberar Información y Pago el Pedido:

Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII del Acto de la Seguridad social es correcto. Autorizo a cualquier poseedor de médico u otra información acerca de mí ser liberada a la Administración de la Seguridad social o sus intermediarios o a los portadores cualquier información necesitada para este o los reclamos relacionados de cuidado Médico. Solicito que ese pago de beneficios autorizados sea hecho en mi beneficio.

El reconocimiento de Nota de Prácticas de Intimidad: Una descripción de cómo su información médica se utilizará y será revelada es resumido en la Nota Paciente de la Intimidad. Una copia completa de la Nota de la Facilidad de la Práctica de la Intimidad se incluye en su paquete de admisiones y anuncia en la Facilidad. Firmando debajo de usted reconoce que usted ha recibido una copia de la Nota de la Facilidad de la Práctica de la Intimidad.

DOY EL PERMISO para mi información protegida de la salud para ser revelado para propósitos de comunicar los resultados, las conclusiones y cuida las decisiones a los miembros de la familia y otros listaron abajo:

Nombre: _____

Nombre: _____

La firma de Paciente: _____

Yo (NOSOTROS) EL ABAJOFIRMANTE CERTIFICA QUE yo (NOSOTROS) HA LEIDO Y HA ENTENDIDO COMPLETAMENTE ESTO "las CONDICIONES DE la ADMISION Y el TRATAMIENTO" FORMA.

La firma de Paciente: _____ Fecha: _____

El paciente (es un secundario _____ años de la edad) Y/O es incapaz de consentir porque: _____

El pariente/agente oficial _____ La relación al Paciente: _____ Fecha: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____