

HOSPITAL COMUNITARIO COPPER QUEEN (CQCH)

**CLINICAS SATÉLITE CQCH:
ASOCIADOS MÉDICOS COPPER QUEEN BISBEE
ASOCIADOS MÉDICOS COPPER QUEEN**

DOUGLAS

CLÍNICA DE SALUD RURAL

PALOMINAS/HEREFORD

**CONDICIONES DE ADMISIÓN & ACUERDO DE TRATAMIENTO & ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS
("COT/COA") PARA TRATAMIENTO PROPORCIONADO EN CQCH Y CLINICAS SATÉLITES CQCH**

Paciente:

Fecha:

El abajo firmante _____, da consentimiento y está de acuerdo con los siguientes términos de admisión y de tratamiento proporcionados en CQCH y/o todas las Clínicas Satélite CQCH.

1. CONSENTIMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO: Mis proveedores de atención médica proporcionaran la dirección de mi cuidado de salud y tratamiento. Doy mi consentimiento para recibir todos los servicios médicos, quirúrgicos y tratamiento de anestesia y servicios hospitalarios según lo ordenado por mis proveedores de cuidado de salud, incluyendo servicios médicos y proveedores, servicios de enfermería, de diagnóstico (por ejemplo, laboratorio, radiología, rayos x, etc.) terapéutico, (por ejemplo, medicación, respiratorio, terapia física, terapia ocupacional, otras terapias, etc.) servicios técnicos y otros servicios del hospital (por ejemplo, emergencia, farmacia, nutrición, alojamiento y comida, etc.) siempre bajo la instrucción de mis proveedores de cuidado de salud. Mi cuidado estará bajo el control de mis médicos de servicio.

2. RELACIÓN DEL HOSPITAL CON DOCTORES: Usted puede ser facturado por separado por el médico que son contratistas independientes. Entiendo y acepto que algunos médicos que proporcionan servicios al paciente, incluyendo radiólogos, patólogo, anestesiólogo, consultores y algunos otros médicos, pueden ser contratistas independientes y no son empleados ni agentes del Hospital, y el Hospital no es responsable de las acciones o inacciones de los médicos. Los médicos actúan de forma independiente y no son controlados o dirigidos por CQCH en el tratamiento, consulta, o proporcionando servicios.

3. AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Reconozco que el Hospital esta autorizado de revelar la totalidad o partes de mi expediente, incluyendo sin limitación, información relativa al abuso de sustancias, psiquiátricos, VIH y otra información, de acuerdo con la ley federal, estatal y otras leyes aplicables, incluyendo HIPAA. Alguna de mi información de salud será enviada a Arizona Health Information Exchange, a menos que opte voluntariamente por escrito.

4. CONSENTIMIENTO PARA GRABAR, FOTOGRAFIAR, Y FILMAR O OBSERVAR: Doy mi consentimiento para la observación y/o demostración durante la administración de tratamiento medico, procedimientos diagnósticos quirúrgicos para el propósito de la educación de médicos, estudiantes de medicina, y estudiantes de enfermería y otro estudiante adecuado o técnico cuya presencia se considere apropiada por el medico de servicio. Doy mi consentimiento para la grabación, fotografía, monitoreo de circuito cerrado o la filmación de mi persona para propósitos de tratamiento de las operaciones internas del hospital, tales como la mejora de la calidad de cuidado.

5. PROGRAMAS EDUCATIVOS: Varios programas educativos conducen práctica de estudiantes en Copper Queen Community Hospital. Los estudiantes están entrenando bajo la supervisión de un instructor calificado. Si usted prefiere no recibir atención por los estudiantes, usted tiene el privilegio de rechazar al notificar al Enfermero Supervisor o a su médico.

6. DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS Y APARATOS ELECTRÓNICOS PROPIEDAD DEL PACIENTE:

Aparatos electrónicos que son propiedad del paciente no están permitidos. Dispositivos electrónicos personales para uso personal del paciente (ej. celular, laptop, computadora, IPAD) no pueden ser utilizados para un propósito ilegal. No voy a filmar o grabar mi tratamiento, al personal del hospital, proveedores de cuidado de salud u otros pacientes o visitantes. No voy a conectar una computadora u otro dispositivo a la red del Hospital sin autorización escrita.

7. AMBIENTE LIBRE DE TABACO Y ALCOHOL: Reconozco que el Hospital y todas sus ubicaciones son libres de fumadores y tabaco, alcohol y droga (no farmacológico). Estoy de acuerdo que no voy a usar tabaco, otros productos para fumar, alcohol y/o drogas mientras este en la propiedad del Hospital.

8. OBJETOS DE VALOR PERSONAL/PROPIEDAD PERSONAL: El Hospital mantiene una caja fuerte para la custodia de dinero y objetos de valor. (Artículos guardados en la caja fuerte pueden ser sacados SOLAMENTE entre 8:00 y 5:00PM lunes a viernes). El Hospital no es responsable por la pérdida de o el daño de cualquier dinero, joyas, dispositivos electrónicos, documentos o algunos otros artículos a menos que sean colocados en la caja fuerte. Para los artículos depositados en la caja fuerte, el límite de la responsabilidad del hospital en caso de pérdida o daño será de \$500.00. Además, el Hospital no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal, como puentes, dentaduras, lentes o ropa, retenido en la posesión del paciente durante su estancia en el Hospital.

9. INFORMACION ADICIONAL: Yo reconozco que he recibido información adicional y pertinente, como el Aviso de Prácticas de Privacidad, a menos que haya rechazado recibirlo.

10. ASIGNACIÓN DE SEGUROS Y BENEFICIOS SIMILARES AL HOSPITAL Y/O CLÍNICA (COLECTIVAMENTE REFERIDOS A "HOSPITAL"):

Si tengo derecho a beneficios de hospital o médicos de cualquier tipo, que surjan de cualquier póliza de seguro del paciente o cualquier otra persona responsable por el paciente, tales beneficios serán por la presente irrevocablemente asignados al Hospital para su aplicación a la cuenta del paciente. El paciente es responsable por los cargos no cubiertos por esta asignación. Los pacientes elegibles para Medicare y/o AHCCCS por la presente autorizan al Hospital para facturar y cobrar a Medicare y/o AHCCCS directamente. Cualquier de los cargos no cubiertos por Medicare, AHCCCS o cualquier seguro complementario son responsabilidad del paciente. Mientras permisible por la ley, el Hospital puede revelar toda o cualquier parte del expediente del paciente concerniente a esta hospitalización, incluyendo información relacionada a pruebas y tratamiento de VIH, psiquiatría, registros de tratamiento de alcohol y droga, a cualquier persona o empresa que sea o pueda ser responsable bajo contrato al Hospital o al paciente o para un miembro de familia o el empleador del paciente para la totalidad o parte de el cobro del Hospital, incluyendo, pero no limitado a, empresas de servicios médicos o de hospital, compañías de seguros, portadores de compensación al trabajador, fondos de asistencia pública, o el empleador del paciente. De conformidad al estatuto Federal y de Arizona, autorizo la liberación de todos mis expedientes médicos, incluyendo VIH, psiquiatría, registros de tratamiento de droga y alcohol, con el propósito de asegurar los pagos contractuales por los servicios redimidos durante el ingreso al hospital. Estoy de acuerdo en cooperar con los esfuerzos para obtener pago del seguro y/o pagadores. Yo entiendo que si yo no coopero, mi plan de seguro/pagador puede negar cobertura y voy a ser plenamente y exclusivamente responsable del pago. También estoy de acuerdo de pagar todos los cargos no pagados por mi seguro/pagador, a menos que este expresamente prohibido por ley o contrato. Entiendo que el Hospital me puede cobrar un recargo de hasta 1.5% al mes en todos los cargos no pagados dentro de los treinta (30) días seguidos de la fecha facturada. Estoy de acuerdo en pagar los honorarios de abogados y gastos de cobranza si mi cuenta es enviada a un abogado o agencia de cobranzas. Entiendo y acepto que el Hospital puede hacer valer un derecho de retención en contra de cualquier recuperación que reciba de terceras partes responsables o sus aseguradores. Estoy de acuerdo de pagar todos los gastos habituales y de costumbre. Estoy de acuerdo en hacer un pago anticipado, pago compartido o depósito antes de la prestación de servicios, si son solicitados, y como lo permita la ley.

11. ASIGNACION DE SEGUROS Y BENEFICIOS SIMILARES PARA EL MÉDICO(S): En el caso que el paciente tiene derecho a los beneficios pagaderos por los servicios médicos que surjan de cualquier póliza de seguro del paciente o cualquier otra persona responsable del paciente, tales beneficios están asignados irrevocablemente por la presente a los médicos que prestan esos servicios. El abajo firmante además entiende que todos los médicos no aceptan asignación y que arreglos independientes necesitaran de hacerse para pagos de servicios médicos relacionados al ingreso.

12. NO REVISIONES: Reconozco que el Hospital no permite cambios/revisiones/modificaciones ("Revisiones") a este documento y que dichas revisiones no serán honradas o aceptadas por el Hospital.

PACIENTES agente o representante legalmente autorizado

PACIENTE

Parentesco con el Paciente
07/02/15

Testigo

Fecha

Número de registro medico