

CONDICIONES PARA ADMISIÓN

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

1. El suscrito por medio de la presente autoriza al Hospital de Condado de Dodge para que provea los tratamientos, operaciones quirúrgicas, anestesia (ya sea local o general), exámenes de rayos X o tratamiento, medicinas y suministros que sean necesarios como puedan ser ordenados o solicitados por el médico que esté a cargo, incluyendo derivados de sangre entera.
2. Yo soy conciente de que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no me han hecho ninhunus garantías en cuanto a los resultados de tratamientos, exámenes o cuidados médicos en el hospital.
3. Por medio de la presente yo autorizo al hospital y a cualquiera de sus médicos, agents o empleados para que retengan, conserven y usen para propósitos científicos o de enseñanza o dispongan a su conveniencia de cualquier muestra o tejidos tomados del cuerpo del paciente durante hospitalización.
4. Yo entiendo que estudiantes en el programa de enseñanza que usan las instalaciones de hospital observarán o participarán junto con miembros del personal que son directamente responsables de los cuidados de los pacientes.

ACUERDO FINANCIERO: El suscrito se compromete a que, ya sea que firme como agente o como paciente, en consideración por los servicios a ser prestados al paciente, el/ella por medio de la presente individualmente se compromete a pagar la cuenta del hospital conforme a las tarifas y términos normales del hospital. Si la cuenta es remitida a un abogado o agencia para su cobro, el suscrito pagará honorarios de abogados y gastos de cobro razonables.

TRASPASO DE BENEFICIOS: Por medio de la presente yo cedo, traspaso y doy al Hospital de Condado de Dodge (“Dodge County Hospital”) todos mis derechos, título e interés en mis beneficios de reembolsos medicos y le doy instrucciones a mi agente de seguros para que haga pagos directamente al Hospital del Condado de Dodge para los gastos y beneficios de HOSPITAL y MÉDICO que están detallados por separado, de otro modo pagaderos a mí: Pero que no exceda los cobros normales del hospital o del médico para los servicios prestados. Yo entiendo que yo soy responsable financieramente ante el Hospital del Condado de Dodge por los costos que no sean cubiertos por este traspaso de benficios y me comprometo a pagar dentro de los 60 días después de la fecha de la presentación del servicio. Además, yo autorizo y le doy instrucciones a mi agente de seguros para que haga pagos directamente a culquier radiólogo, anesthesiólogo, patólogo, culaquier benficio que de otro modo sean pagaderos a mí si tales médicos son responsables de cobrar sus propios costos o cobros.

ARTICULOS PERSONALES VALIOSOS: Se entiende y se acuera que el hospital mantiene una caja fuerte para protoger dinero y artículos personales valiosos y el hospital no será responsable de la pérdida o daño de cualquier dinero, joyas, anteojos, dentaduras, o documentos, a menos que sean colocados en la caja fuerte, y no será responsable de ninguna pérdida ni daño a cualquier otra propiedad personal, a menos que sea depositada con el hospital para su protección.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ALTA DEL PACIENTE

Por medio de la presente yo certifico que si el paciente sale del hospital por cualquier razón, sin el consentimiento por escrito del medico del paciente, el paciente y/o la familia del paciente por médio de la presente libera a dicho hospital y medico de cualquiera y toda responsabilidad que pueda resultar de tal acción de sacar al paciente del hospital.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORAMACIÓN

Por medio de la presente el suscrito autoriza al Hospital del Condado de Dodge para que revele cualquier información acerca de mí incluyendo registros o archives de abuso de alcohol y drogas, y/o siquiátricos relacionados con mi tratamiento como pueda ser necesario para completer o llenar mi reclamación de seguros a compañía o compañías de seguro a sus agents, Cruz Azul/Escudo Azul (“Blue Cross/Blue Shield”), la Administración Financiera de Cuidados de Salud de la Oficina Medica o sus intermediaries o agents. Yo también autorizo la revelación de Registros Médicos incluyendo registros de abuso de alcohol y drogas y/o registros siquiatricos o cualquier Organización de Repaso Profesional, agencia social, o instalaciones o médico de traspaso.

REVELACIÓN A MEDIOS DE COMUNICACIÓN SI () NO ()

Este formulario me lo han explicado y yo certifico que entiendo sus contenidos.

Yo también entiendo y me comprometo a que esta acuerdo constituye un contrato escrito simple conforme a la Ley de Georgia (O.C.G.A. §9-3-24) de modo que permite el forzoso cumplimiento de este acuero durante un período de seis (6) años.

Testigo

Firma del Paciente o de su Pariente más cercano

Fecha

Parentesco