



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

Condiciones de registro

1. **Consentimiento médico:** Doy mi consentimiento para el tratamiento médico que se pueda realizar mientras yo sea paciente. Este puede incluir visitas al consultorio, análisis de sangre o procedimientos de laboratorio no complejos, exámenes de rayos X, atención de enfermería, telesalud, visitas electrónicas, servicios de emergencia, servicios médicos y quirúrgicos, y otros servicios que se me brinden bajo la dirección de mi Proveedor, médico tratante o cirujano ("Proveedor"). Entiendo que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que mi tratamiento puede implicar riesgos. Reconozco que no se me han hecho garantías como resultado de mi examen o tratamiento.

2. **Atención de enfermería hospitalaria:** Si mi tratamiento incluye la admisión a un hospital de Adventist Health, entiendo que el personal de enfermería registrado y los auxiliares de enfermería brindan atención de enfermería general y atención ordenada por mi Proveedor. Si deseo atención de enfermería privada, yo (o mi representante legal) acepto hacer tales arreglos.

3. **Relación jurídica con Proveedores:**
 - a. **Clínica:** Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi Proveedor tratante. La clínica de Adventist Health y su personal son responsables de llevar a cabo sus instrucciones. Mi Proveedor es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para tratamientos médicos específicos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o servicios clínicos que me brinden bajo sus instrucciones generales o especiales.

 - b. **Hospital:** Muchos Proveedores, incluidos, entre otros, radiólogos, patólogos, médicos de emergencia, anestesiólogos, cardiólogos, cirujanos, hospitalistas y algunos enfermeros facultativos y auxiliares médicos que me brindan servicios, **NO** son empleados del hospital de Adventist Health y han recibido el privilegio de utilizar el hospital para el cuidado y tratamiento de sus pacientes. Los Proveedores pueden facturar sus servicios por separado. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi Proveedor. El hospital de Adventist Health y su personal de enfermería son responsables de seguir las instrucciones de mi Proveedor. Entiendo que mi Proveedor es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para tratamientos médicos o quirúrgicos específicos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o servicios hospitalarios que me brinden bajo sus instrucciones generales o especiales.



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

- c. **Aviso para el consumidor:** Los auxiliares médicos y los Proveedores médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de Oregón, (971) 673-2700, www.oregon.gov/omb/.
4. **Fotografía:** Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, videos, imágenes digitales o de otro tipo, y el monitoreo de vigilancia para fines diagnósticos, de tratamiento o quirúrgicos, incluidos los programas de revisión por pares, de educación o de capacitación realizados por Adventist Health.
5. **Consentimiento de maternidad hospitalaria para recién nacidos:** Si doy a luz a uno o más bebés mientras soy paciente de un hospital de Adventist Health, acepto que estas condiciones de registro se aplican al bebé o bebés recién nacidos para todos los entornos de atención de Adventist Health, incluidas las visitas a la clínica posteriores al parto.
6. **Objetos personales:** Si mi tratamiento incluye la admisión a un hospital de Adventist Health, entiendo que Adventist Health me proporcionará espacio para guardar ropa, artículos de tocador y otros objetos personales. Entiendo que no se me permite guardar artículos de contrabando u otros artículos prohibidos, y que no se recomienda guardar artículos valiosos. Reconozco que soy responsable de todos los objetos personales guardados en el espacio proporcionado. Adventist Health no es responsable de reemplazar artículos perdidos o extraviados.
7. **Programa de enseñanza:** Si Adventist Health lleva a cabo programas de enseñanza, los estudiantes podrán participar en mi atención, a menos que yo (o mi representante legal) notifique a mi Proveedor que no doy mi consentimiento para que los estudiantes participen en mi atención.
8. **No discriminación:** Se me informa que Adventist Health no discrimina por motivos de edad, raza, etnia, color, ascendencia, religión, cultura, idioma, discapacidades físicas o mentales, nivel socioeconómico, sexo, orientación sexual, e identidad o expresión de género.
9. **Aviso de prácticas de privacidad:** Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad (NPP), que describe cuándo Adventist Health puede usar o divulgar mi información para operaciones de tratamiento, pago y atención médica; mis derechos legales relacionados con esta información; y cómo puedo presentar una queja si creo que mis derechos han sido violados. El NPP se incorpora las presentes condiciones de registro y acuerdo financiero mediante esta



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

referencia. Este aviso solo se proporciona la primera vez que recibo servicios de Adventist Health y está disponible también a pedido.

10. **Acuerdo financiero:** Acepto la responsabilidad financiera por todos los servicios que se me brinden durante mi atención. Entiendo que puedo recibir facturas separadas de Adventist Health, de Proveedores y de otros servicios especializados. Acepto pagar puntualmente todas las facturas por los servicios prestados de acuerdo con las tarifas y los términos regulares de Adventist Health, y si corresponde, con las políticas de asistencia financiera y de pago con descuento de Adventist Health. El acceso en línea está disponible con **MyChart** para pagar mi factura. Si la cuenta se remite a un abogado o agencia para el cobro, pagaré los honorarios reales del abogado y los gastos de cobro contraídos. Todas las cuentas morosas están sujetas a intereses a la tasa legal. Por el presente, autorizo a Adventist Health o a sus agentes a solicitar información crediticia de varias agencias de informes crediticios para el cobro de mi cuenta, lo que incluye, entre otras acciones, el cobro de cuentas morosas, la evaluación de solicitudes de asistencia financiera y la puntuación de crédito de rutina.
11. **Consentimiento para comunicaciones por correo electrónico:** Se me ha informado que, al proporcionar mi dirección de correo electrónico a Adventist Health, doy mi consentimiento expreso y acepto recibir comunicaciones de Adventist Health o en su nombre (incluidos agentes, filiales y contratistas independientes de Adventist Health) por correo electrónico. Dichas comunicaciones pueden incluir, por ejemplo, comunicaciones generales de salud tales como recordatorios de citas, instrucciones preoperatorias, resultados de laboratorio, seguimiento posterior al alta, notificaciones de facturación, avisos de pago, cobranza de deudas e información promocional sobre nuevos servicios y Proveedores en Adventist Health. Además, Adventist Health puede enviarme periódicamente invitaciones por correo electrónico para participar en encuestas de experiencia del paciente, que siempre son opcionales. También reconozco que las comunicaciones por correo electrónico de Adventist Health pueden no ser siempre completamente seguras y que podrían ser interceptadas por un tercero, de modo que otros podrían ver mensajes que quizá contengan información médica protegida. Si no deseo seguir recibiendo correos electrónicos de Adventist Health, entiendo que tendré la oportunidad de optar por dejar de hacerlo cuando se envíe el mensaje o puedo contactar a support@ah.org.



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

12. Consentimiento para comunicaciones telefónicas y por texto: Se me ha informado que, al proporcionar voluntariamente mi número de teléfono o móvil a Adventist Health, doy mi consentimiento expreso y acepto recibir llamadas marcadas automáticamente o pregrabadas, y mensajes de texto SMS de o en nombre de Adventist Health (incluso por agentes, filiales y contratistas independientes de Adventist Health) a ese número. Dichas llamadas y mensajes de texto pueden incluir, por ejemplo, comunicaciones generales de salud tales como recordatorios de citas, instrucciones preoperatorias, resultados de laboratorio, seguimiento posterior al alta e información sobre nuevos servicios y Proveedores en Adventist Health. Además, Adventist Health puede enviarme periódicamente invitaciones por mensaje de texto para participar en encuestas de experiencia del paciente, que siempre son opcionales. También reconozco y acepto expresamente que dichas llamadas y mensajes de texto pueden estar relacionados con notificaciones de facturación, avisos de pago, cobranza de deudas e información promocional sobre nuevos servicios y Proveedores en Adventist Health. Se aplicarán las tarifas estándar de mensajes de texto y datos, según el operador de telefonía celular individual. Además, acepto que cualquier información sobre teléfonos o celulares proporcionada a Adventist Health es verdadera y correcta. También reconozco que las comunicaciones por mensaje de texto pueden no ser siempre completamente seguras y que podrían ser interceptadas por un tercero; asimismo, entiendo que, si comparto mi dispositivo celular con otras personas, es posible que puedan ver mensajes enviados por Adventist Health que quizá contengan información médica protegida. Si no deseo seguir recibiendo llamadas o mensajes de texto SMS, entiendo que tendré la oportunidad de optar por dejar de hacerlo cuando se envíe el mensaje siguiendo las instrucciones correspondientes en el mensaje de voz o de texto, o puedo contactar a support@ah.org.

13. Asignación de beneficios del seguro: Asigno y autorizo el pago directo a Adventist Health de todos los beneficios del seguro y del plan pagaderos por la atención recibida. Con esta autorización, todas las partes acuerdan que el pago de la compañía de seguros a Adventist Health satisfará la obligación de la compañía de seguros relacionada con este episodio de atención. Además, entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no pagados de acuerdo con esta asignación.

14. Asistencia financiera: He sido informado de la política de asistencia financiera de Adventist Health. Entiendo que se puede encontrar más información sobre la política en las áreas de registro del centro, en el sitio web AdventistHealth.org/PortlandFinancialAssistance o llamando al



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

(503) 782-9235 o al (888) 311-1283. Para cualquier saldo adicional en mis cuentas, el pago vence al recibir la factura. Si no tengo seguro, puedo ser elegible para recibir un descuento de los servicios que he recibido según la política de descuento para personas sin seguro de Adventist Health. Estaremos encantados de revisar su situación financiera para determinar si es elegible para recibir asistencia. Comuníquese con nuestra Oficina de Facturación al (503) 782-9325.

15. Programas de asistencia farmacéutica/para productos sanitarios: Las farmacias, los fabricantes de productos sanitarios, las organizaciones sin fines de lucro y las entidades gubernamentales patrocinan programas de asistencia al paciente que brindan medicamentos y productos sanitarios gratuitos o a precio reducido a los pacientes elegibles ("Programas de asistencia al paciente"). Adventist Health ha contratado a terceros para que presenten solicitudes en nombre de los pacientes para recibir los beneficios del programa. Adventist Health brinda este servicio sin cargo para usted. Al firmar este formulario, autorizo a Adventist Health y a su contratista externo a actuar como mi agente con el único propósito de solicitar la participación en los Programas de asistencia al paciente disponibles para los pacientes de Adventist Health. La facultad que otorgo a Adventist Health y a su contratista externo incluye permiso (i) para firmar mi nombre en las solicitudes de participación en los Programas de asistencia al paciente y (ii) para revisar y divulgar cualquier información que haya proporcionado a Adventist Health o que esté incluida en mi historia clínica, ya sea personal, médica o financiera. Esta información solo será entregada a las entidades patrocinadoras del programa. Adventist Health no puede garantizar que mi solicitud sea exitosa, pero si Adventist Health recibe medicamentos o productos sanitarios gratuitos o con descuento en respuesta a mi solicitud, el cargo por el medicamento o producto sanitario se eliminará o descontará de mi factura. Si no deseo participar en este programa, entiendo que tendré la oportunidad de cancelar la suscripción enviando un correo electrónico a support@ah.org e indicando que deseo ser eliminado del programa RecovRx.

16. Asignación de Medicare: Declaro que la información proporcionada por mí al solicitar el pago de cualquier tercero pagador, incluidos los pagos conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social, es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre y autorizo a la oficina de la Administración del Seguro Social del Departamento de Salud y Servicios Humanos a compartir información sobre mi elegibilidad para la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare, lo cual incluye, entre otros datos, la fecha de vigencia de la cobertura. También autorizo a Adventist Health y a mis médicos a compartir con la Administración del Seguro Social o con sus intermediarios



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

o proveedores cualquier información necesaria para esta reclamación o para reclamaciones relacionadas con Medicare.

17. Pacientes ambulatorios de Medicare: Medicare no cubre los medicamentos recetados en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios, salvo algunas excepciones. Los "medicamentos autoadministrados" son medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta. Reconozco que soy responsable del pago de cualquier medicamento que se me proporcione como paciente ambulatorio y que cumpla con la definición de Medicare de un medicamento recetado. Los beneficiarios de la Parte D de Medicare pueden presentar una reclamación en papel al Plan de la Parte D de Medicare para el posible reembolso de estos medicamentos de acuerdo con los documentos de inscripción en el Plan de Medicamentos de Medicare.

18. Ley de autodeterminación del paciente: Me han proporcionado información sobre directivas médicas por adelantado (como poder notarial duradero para atención médica y testamentos en vida). Escriba sus iniciales o coloque una marca junto a **una** de las siguientes opciones:

- Firmé una directiva médica por adelantado, y se me solicitó que proporcione una copia a Adventist Health.
- Firmé una directiva médica por adelantado y entregué una copia a Adventist Health.
- No he firmado una directiva médica por adelantado, pero deseo hacerlo. He recibido información sobre cómo firmar una directiva médica por adelantado y quizá necesite ayuda para obtener o completar una directiva médica por adelantado.
- No he firmado una directiva médica por adelantado y no deseo hacerlo en este momento.

Se me ha dado la oportunidad de leer este documento y hacer preguntas, y se me ha ofrecido una copia para conservar en mis archivos. Entiendo que estas condiciones de registro permanecerán vigentes hasta que complete otro formulario de condiciones de registro.

Firma del paciente/representante legal:

X _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta

Hora: _____



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

- Soy el paciente.
- He sido autorizado por el paciente para firmar en su nombre.
Si usted no es el paciente, indique su relación con él.
- Cónyuge
- Padre/madre
- Representante legal
- Persona con poder notarial de atención médica
- Garante
- Otro (especificar) _____

Witness Signature and Title:

Witness Signature: _____ Title: _____ Date: _____

Printed Name of Witness: _____ Time: _____ AM/PM

- OR -

Telephone Consent Obtained

Witness 1 Signature: _____ Print Name: _____

Title: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Witness 2 Signature: _____ Print Name: _____

Title: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Translation/Interpreter Statement:

Primary Language (if not English): _____

I have accurately and completely read the foregoing document to the signatory identified in the patient/legal representative's primary language. He/she understands all terms and conditions and acknowledges his/her agreement by signing this document.

Translator ID# _____ (Phone Video) Date: _____ Time: _____ AM/PM

- OR -

On-site Translator Name (Printed): _____

On-site Translator Signature: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Relationship: Certified Interpreter Patient-Appointed Agent Other _____