

# Conditions of Admission

---

Patient's Name: \_\_\_\_\_

## Consent to Medical and Surgical Procedures

I consent to the procedures that may be performed during this hospitalization or while I am an outpatient. These may include, but are not limited to, emergency treatment or services, laboratory procedures, X-ray examinations, medical or surgical treatment or procedures, telehealth services, anesthesia, or hospital services provided to me under the general and special instructions of my physician or surgeon. I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks of injury or even death. I acknowledge that no guarantees have been made to me regarding the result of examination or treatment in this hospital.

## Nursing Care

This hospital provides only general nursing care and care ordered by the physician(s). If I want a private duty nurse, I agree to make such arrangements. The hospital is not responsible for failure to provide a private duty nurse and is hereby released from any and all liability arising from the fact that the hospital does not provide this additional care.

## Legal Relationship Between Hospital and Physicians

All physicians and surgeons providing services to me, including the radiologist, pathologist, emergency physician, anesthesiologist and others, are not employees, representatives or agents of the hospital. They have been granted the privilege of using the hospital for the care and treatment of their patients, but they are not employees, representatives or agents of the hospital. They are independent practitioners.

Patient initials: \_\_\_\_\_

I understand that I am under the care and supervision of my attending physician. The hospital and its nursing staff are responsible for carrying out my physician's instructions. My physician or surgeon is responsible for obtaining my informed consent, when required, to medical or surgical treatment, special diagnostic or therapeutic procedures, or hospital services provided to me under my physician's general and special instructions.

## Maternity Patients

If I deliver an infant(s) while a patient of this hospital, I agree that these same Conditions of Admission apply to the infant(s).

## **Personal Belongings**

As a patient, I am encouraged to leave personal items at home. The hospital maintains a fireproof safe for the safekeeping of money and valuables. The hospital is not liable for the loss or damage to any money, jewelry, documents, eyeglasses, dentures, hearing aids, cell phones, laptops, other personal electronic devices, or other articles that are not placed in the safe. Hospital liability for loss of any personal property deposited with the hospital for safekeeping is limited by law to five hundred dollars (\$500) unless I receive a written receipt for a greater amount from the hospital.

## **Financial Agreement**

I agree to promptly pay all hospital bills in accordance with the charges listed in the hospital's charge description master and, if applicable, the hospital's charity care and discount payment policies and state and federal law. I understand that I may review the hospital's charge description master before (or after) I receive services from the hospital. I understand that all physicians and surgeons, including the radiologist, pathologist, emergency physician, anesthesiologist, and others, will bill separately for their services. If any account is referred to an attorney or collection agency for collection, I will pay actual attorneys' fees and collection expenses. All delinquent accounts shall bear interest at the legal rate, unless prohibited by law.

Patient initials: \_\_\_\_\_

## **Assignment of All Rights and Benefits**

I irrevocably assign and transfer to the hospital all rights, benefits, and any other interests in connection with any insurance plan, health benefit plan, or other source of payment for my care. This assignment shall include assigning and authorizing direct payment to the hospital of all insurance and health plan benefits payable for this hospitalization or for these outpatient services. I agree that the insurer or plan's payment to the hospital pursuant to this authorization shall discharge its obligations to the extent of such payment. I understand that I am financially responsible for charges not paid according to this assignment, to the extent permitted by state and federal law. I agree to cooperate with, and take all steps reasonably requested by, this hospital to perfect, confirm, or validate this assignment.

---

## Health Plan Contracts

This hospital maintains a list of health plans with which it contracts. A list of such plans is available upon request from the financial office. All physicians and surgeons, including the radiologist, pathologist, emergency physician, anesthesiologist, and others, will bill separately for their services. It is my responsibility to determine if the hospital or the physicians providing services to me contract with my health plan.

I certify that I have read the foregoing and received a copy thereof. I am the patient, the patient's legal representative, or am otherwise authorized by the patient to sign the above and accept its terms on his/her behalf.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(*legal representative*)

Signature: \_\_\_\_\_  
(*witness*)

Print name: \_\_\_\_\_  
(*witness*)

**Financial Responsibility Agreement by Person Other Than the Patient or the Patient's Legal Representative**

I agree to accept financial responsibility for services rendered to the patient and to accept the terms of the Financial Agreement, Assignment of Insurance Benefits, and Health Plan Contracts provisions above.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
*(financially responsible party)*

Print name: \_\_\_\_\_  
*(financially responsible party)*

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
*(witness)*

Print name: \_\_\_\_\_  
*(witness)*

**A COPY OF THIS DOCUMENT SHOULD BE GIVEN TO THE PATIENT AND ANY OTHER PERSON WHO SIGNS THIS DOCUMENT.**

# Condiciones para la Admisión

---

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## Consentimiento a Procedimientos Médicos y Quirúrgicos

Doy mi consentimiento a los procedimientos que podrían efectuarse durante esta hospitalización o mientras sea paciente externo. Estos podrían incluir, entre otros, tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, servicios de salud telefónicos, anestesia, o servicios de hospital que se me proporcionen, sin limitarse a éstos, bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico o cirujano. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no constituyen ciencias exactas y que el diagnóstico y tratamiento pueden conllevar riesgo de lesión y hasta de muerte. Reconozco que no se han hecho garantías respecto al resultado del examen o tratamiento en este hospital.

## Atención de Enfermería

Este hospital suministra únicamente atención de enfermería general, y atención solicitada por el(los) médico(s). Si deseo un(a) enfermero(a) privado(a), estoy de acuerdo en hacer los arreglos necesarios. El hospital no es responsable en caso de que no se proporcionara un(a) enfermero(a) privado(a) y por medio del presente queda eximido de cualquier y toda responsabilidad que se origine a partir del hecho de que el hospital no proporciona esta atención adicional.

## Los Médicos Son Practitioners Medicos Independientes

Todos los médicos y cirujanos que me proporcionen servicios, incluido el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo y otros, no son empleados, representantes ni agentes del hospital. Se les ha otorgado el privilegio de utilizar el hospital para la atención y el tratamiento de sus pacientes, pero no son empleados, representantes o agentes del hospital. Son profesionales independientes.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

Entiendo que estoy bajo la atención y supervisión de mi médico. El hospital y su personal de enfermería son responsables del cumplimiento de las instrucciones de mi médico. Es la responsabilidad de mi médico o cirujano obtener el consentimiento informado del paciente, en caso necesario, para el tratamiento médico o quirúrgico, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o los servicios de hospital que me proporcionen bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico.

## Pacientes de Maternidad

Si diera a luz a mi bebé como paciente de este hospital, estoy de acuerdo en que estas mismas Condiciones de Admisión se aplicarán al bebé.

## **Objetos Personales**

Como paciente, se me aconseja que deje mis artículos personales en casa. El hospital tiene una caja fuerte a prueba de incendios para el depósito de dinero y objetos de valor. El hospital no se hace responsable por el daño o por la pérdida de dinero, joyas, documentos, anteojos, dentaduras, audífonos para la sordera, teléfonos celulares, computadoras portátiles, otros dispositivos electrónicos personales o artículos no depositados en la caja fuerte. La responsabilidad del hospital por la pérdida de bienes personales depositados en la caja fuerte del hospital para su protección se limita a quinientos dólares (\$500) a menos que el hospital me entregue un recibo por una cantidad mayor.

## **Acuerdo Sobre la Responsabilidad Financiera**

Estoy de acuerdo en pagar puntualmente todas las factures del hospital según los cargos que aparezcan en el detalle de cargos de la factura principal del hospital y, en caso aplicable, las políticas del programa de atención médica de caridad y pago con descuento, y las leyes estatales y federales. Entiendo que puedo revisar el archivo maestro de descripción de cargos del hospital antes (o después) de recibir los servicios de esta institución. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, incluido el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo y otros, facturarán sus servicios por separado. En caso de que la cuenta se entregue a un abogado o a una agencia de cobranzas para conseguir la liquidación, pagaré los honorarios del abogado y los costos de la cobranza. Todas las cuentas vencidas acumularán intereses a la tasa legal a menos de que la ley lo prohíba.

## **Asignación de Todos los Derechos y Beneficios**

Irrevocablemente asigno y transfiero al hospital todos los derechos, beneficios y demás intereses en relación con cualquier plan de seguros, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago para mi atención. Esta asignación incluirá la asignación y autorización del pago directo al hospital de todos los beneficios del seguro y del plan de salud pagaderos por esta hospitalización o por los servicios de paciente externo. Estoy de acuerdo con que el pago de la compañía de seguros o el plan de pagos al hospital según lo acordado en esta autorización deberá cubrir las obligaciones de la compañía de seguros o del plan hasta donde abarque dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de cargos que no se paguen de acuerdo con esta asignación, en la medida que lo permita la ley estatal o federal. Acepto cooperar con el hospital, y realizar todo lo que este solicite de manera razonable, para perfeccionar, confirmar o validar esta asignación.

**Contratos del Plan de Atención Médica**

Este hospital mantiene una lista de los planes de atención médica con los que tiene contrato. A petición, se encuentra disponible una lista de estos planes en la oficina de finanzas. Todos los médicos y cirujanos, incluido el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo y otros, facturarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si el hospital o los médicos que me proporcionan servicios tienen algún contrato con mi plan de salud.

Doy fe de que he leído lo anterior y que he recibido una copia del documento. Soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy autorizado por el paciente para firmar este documento y aceptar sus términos y condiciones en su nombre.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante legal)

Firma: \_\_\_\_\_  
(testigo)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(testigo)

**Acuerdo de Responsabilidad Financiera por Parte de una Persona que no Sea el Paciente ni el Representante Legal del Paciente**

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y en aceptar las condiciones del Acuerdo sobre la Responsabilidad Financiera, de la Asignación de Beneficios de Seguro, y de las disposiciones de la Obligación de un Plan de Atención Médica expuestos anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
*(persona con responsabilidad financiera)*

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
*(persona con responsabilidad financiera)*

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
*(testigo)*

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
*(testigo)*

**A COPY OF THIS DOCUMENT SHOULD BE GIVEN TO THE PATIENT AND ANY OTHER PERSON WHO SIGNS THIS DOCUMENT.**