

Consent for Participation in Patient Outing

Hospital Name: _____

Patient Name: _____

A patient outing involving (*explain activities to occur on patient outing*) _____
_____ will occur away from the hospital at
(*location*) _____ and will
last approximately (*time*) _____.

Patients who participate in the outing are accompanied by hospital employees or agents who are responsible for the supervision of the patients and for providing or arranging, when appropriate, transportation by hospital vehicles or commercial carriers to and from the activity. A patient may participate in the outing if his/her physician deems such participation therapeutically appropriate and beneficial. However, a patient may continue to receive other services from the hospital even if permission is not given for participation in the outing, which is a special treatment modality.

Private medical insurance programs and publicly funded programs, such as Medi-Cal and Medicare, may or may not provide hospitalization benefits for the period of time during and subsequent to the time a patient is away from the hospital. If the private or public insurance program does not provide such hospitalization benefits, the patient or the person responsible for the patient's hospitalization expenses will remain, to the extent permitted by law, obligated to pay the hospital for such expenses in accordance with the hospital's regular rates and terms.

The physicians involved in your care are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Your signature below constitutes your acknowledgment: (1) that you have read and agree to the foregoing; (2) that the patient outing noted above has been adequately explained to you by your/the patient's physician and that you have received all the information you desire concerning the outing; and (3) that you authorize and consent to the participation of (*patient name*) _____
_____ in such outing.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(*legal representative*)

Consentimiento para que el Paciente Participe en una Excursion

Nombre del Hospital: _____

Nombre del Paciente: _____

Tendrá lugar una excursión de pacientes con motivo de (*explicar las actividades que se desarrollarán*) _____

fuera del hospital en (*lugar*) _____ y durará aproximadamente (*tiempo*) _____.

Los pacientes que participen en la excursión serán acompañados por empleados o representantes del hospital, quienes tienen la responsabilidad de la supervisión de los pacientes y, cuando sea apropiado, de los arreglos de transporte por medio de vehículos del hospital o por transporte público al y de regreso del lugar de la actividad. Los pacientes pueden participar en la excursión cuando su médico considera que su participación es apropiada y de beneficio terapéutico. Sin embargo, el paciente puede seguir recibiendo los demás servicios del hospital aun cuando no se conceda el permiso para su participación en la excursión, la cual se considera una modalidad de tratamiento especial.

Los programas de seguros médicos particulares y los programas financiados públicamente, tales como Medi-Cal y Medicare, pueden o no proveer beneficios de hospitalización para el periodo de tiempo durante y subsecuente en que el paciente esté fuera del hospital. En caso de que el programa de seguros particular y/o público no proporcionara dichos beneficios de hospitalización, el paciente o la persona con la responsabilidad financiera por los gastos de hospitalización del paciente quedará obligada, hasta el límite permitido por la ley, a pagar al hospital dichos gastos de acuerdo con las tarifas y condiciones normales del hospital.

Su firma al calce constituye su reconocimiento de que (1) usted ha leído lo anterior y está de acuerdo con ello; (2) que la excursión para los pacientes antes mencionada le ha sido explicada adecuadamente por el médico suyo/del paciente y que usted ha recibido toda la información deseada con respecto al programa; y (3) que usted autoriza y consiente en la participación de (*nombre del paciente*) _____ en dicha excursión.

Entiendo que el médico que me atiende y otros médicos que me brindan servicios no son empleados ni agentes del hospital. Son médicos facultativos independientes.

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*)