

RECONOCIMIENTO AL REGISTRARSE

Nombre/Fecha de Nac./# MR/Dirección

I. SOLICITUD DE TRATAMIENTO MÉDICO Y/O DIAGNÓSTICO

Yo, el que más abajo firma, solicita tratamiento, incluyendo ser admitido si se considera necesario, al Children's Hospital of The King's Daughters Health System, Inc., para mi mismo o mi hijo/pupilo y por medio de la presente autorizo al hospital, médicos y sus empleados y al Dr. _____ (y a quien sea que el él/ella designe como su(s) ayudante(s), incluyendo Residentes y/o médicos del personal profesional del Children's Hospital of The King's Daughters Health System, Inc.) para tratarme a mi o a mi hijo/pupilo en las formas que ellos determinen ser terapéuticamente necesarias. Entiendo que este tratamiento puede incluir pruebas (laboratorio/diagnóstico), exámenes, administración de medicamentos, y procedimientos médicos o quirúrgicos.

II. AVISO DE CONSENTIMIENTO NECESARIO PARA PRUEBA DE SANGRE DE VIH

Las leyes de Virginia autorizan a los proveedores de cuidado de la salud para que los pacientes se hagan pruebas de anticuerpos para VIH cuando el proveedor de cuidado de la salud se expone a fluidos corporales de un paciente. En caso de exposición, entiendo que se considerará que he dado mi consentimiento para someterme a la prueba y que consiento divulgar los resultados de la prueba al trabajador de cuidado de la salud que pudiera haber sido expuesto. Antes de la prueba, se me informará y dará la oportunidad de hacer preguntas.

III. CERTIFICACIONES

Certifico que se me ha explicado totalmente este formulario y que entiendo sus contenidos. Más aún, permito que una copia de este documento se use en lugar del original.
 Certifico que yo soy el paciente, uno de los padres del paciente o tutor legal y que tengo autoridad para solicitar este tratamiento. Certifico que todas las declaraciones y documentos son correctos y verdaderos. Entiendo que las declaraciones o documentos falsos, o el ocultar un hecho material pueden ser motivo de enjuiciamiento de acuerdo a las leyes federales o estatales.
 Certifico que se me informó/mostró el documento **Derechos y Responsabilidades del Paciente/Familia** Copia provista/ofrecida

IV. INSTRUCCIONES ANTICIPADAS A SER COMPLETADAS SI EL PACIENTE ES ADULTO (18 años o más)

A. ¿Tiene el paciente instrucciones anticipadas? _____ Sí _____ No
 B. Si la tiene, notificar al médico que el paciente tiene instrucciones anticipadas. Solicitar y colocar una copia en el expediente médico.
 C. Si no la tiene, ofrecer el folleto de información sobre instrucciones anticipadas. El paciente acepta el folleto ___ Sí ___ No
 D. ¿Quiere el paciente más información o ayuda para efectuar instrucciones anticipadas? _____ Sí _____ No
 Si la quiere, derivar al: _____ Médico _____ Trabajador social _____ Capellán _____ Supervisor enfermería _____ Iniciales

V. CONTRASEÑA (PACIENTES INTERNOS Y CIRUGÍA DE DÍA SOLAMENTE)

La recepción por mi parte de la información sobre el uso de una contraseña durante la hospitalización como paciente interno de mi hijo/pupilo se indica con la siguiente contraseña: _____.

VI. RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE ARREGLOS DE CUIDADO DE LA SALUD ORGANIZADO DE CHKDHS

Confirmando que el Aviso de Prácticas Privadas de Arreglos de Cuidado de la Salud Organizado que incluye a CHKD me fue provisto el _____.

_____	_____	_____
Fecha	Paciente o uno de los padres/tutor legal	Relación con el paciente/autoridad legal
_____	_____	
Fecha	Firma del menor si tiene 14 años o más de edad	

ACUERDO FINANCIERO

Certifico que recibí un examen médico y tratamiento de estabilización antes de que se me solicitara información financiera cuando busqué atención médica por lo que se consideró una emergencia médica.

CESIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO DE PAGAR POR LOS SERVICIOS

Por medio de la presente irrevocablemente autorizo a mi compañía de seguro, Medicaid o Medicare, CHAMPUS o algún otro proveedor de mis beneficios de cuidado de la salud, a pagar cualquiera de mis beneficios en forma directa a Children's Hospital of The King's Daughters Health System, Inc. y a los médicos en pago por los servicios respectivos prestados a mi hijo/pupilo o a mi mismo. Estoy de acuerdo en pagar al Hospital y a los médicos por cualquier cargo que no sea pagado por mis beneficios de cuidado de la salud.

El paciente que abajo firma y/o la(s) parte(s) responsable(s) están de acuerdo que en consideración a los servicios prestados al paciente, cada uno de ellos en forma conjunta o por separado, pagarán y garantizarán el pago de las cuentas de hospital y del médico según los términos normales y los cargos del hospital y del médico. Puesto que la mayoría de los médicos no están empleados por el hospital, el hospital y el médico enviarán la factura en forma separada por cualquier servicio que ellos presten. Cualquier parte de la cuenta que no esté cubierta por el seguro se tendrá que pagar al momento del alta, a menos que se haga otro tipo de arreglo con el Departamento de Cuentas del Paciente del Hospital y los médicos tratantes. Además se acuerda que en el caso de no pagar, el hospital y el médico tendrán el derecho a proceder en contra de la(s) parte(s) responsable(s) sin exigir, o tomar acción o efectuar un procedimiento en contra del otro como requisito previo. El que abajo firma acuerda pagar todos los costos de recaudación, incluyendo los honorarios de la agencia de recaudación y de un abogado, por la suma de TREINTA TRES PUNTO TRES PORCIENTO (33.3%) del monto que se debe.

_____	_____	_____
Fecha	Fiador	Fiador
_____	_____	
Fecha	Testigo	