

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO:
INGRESOS, SERVICIOS MÉDICOS Y ACUERDO
FINANCIERO (Página 1 de 3)**

**TERMS AND CONDITIONS OF SERVICE:
ADMISSION, MEDICAL SERVICES,
AND FINANCIAL AGREEMENT (Page 1 of 3)**

NÚMERO DE LA UNIDAD

NOMBRE DE PACIENTE.

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DEL SERVICIO:

1. CENTRO MÉDICO DE UCSF: forma parte de la Universidad de California y está integrado por sus hospitales (Centro Médico de UCSF, Centro Médico de UCSF en Mt. Zion y UCSF Benioff Children's Hospital), sus clínicas hospitalarias, sus clínicas de la Red de Atención Primaria y la Facultad de Medicina de UCSF (UCSF School of Medicine).

2. CONSENTIMIENTO MÉDICO: Autorizo los tratamientos o procedimientos médicos, exámenes radiográficos, extracciones de sangre para análisis, medicamentos, inyecciones, fotografías relacionadas con el tratamiento, cintas de video, procedimientos de laboratorio y servicios de hospital que sean necesarios según las instrucciones generales y especiales de los médicos u otros profesionales de atención médica que participen en mi atención. Para facilitar mi atención, autorizo la evaluación y el examen por un médico u otros profesionales del equipo médico que podrían encontrarse físicamente distantes de mí a través de tecnologías de telesalud, incluidos, entre otras, video bidireccional, imágenes digitales y otras tecnologías de telesalud según lo determinen mis proveedores. Autorizo también mi ingreso en el Centro Médico de UCSF si esto es necesario para mi atención.

Entiendo que es posible que reciba educación e instrucciones sobre mi afección médica. El Centro Médico de UCSF emplea una serie de métodos y proveedores para esta educación e instrucciones, y acepto recibir esta instrucción utilizando esos métodos y proveedores, incluidos, entre otros, Oneview, EMMI, Healthwise y Healthnuts.

3. INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA: La Universidad de California, incluido el Centro Médico de UCSF, es una institución de enseñanza, investigación y atención médica. Entiendo que los residentes, internos, estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones de cuidados de la salud auxiliares (por ejemplo, enfermería, radioterapia, terapia de rehabilitación), médicos especialistas de posgrado y otros médicos en práctica y profesores visitantes podrían observar, examinar, tratar y participar en mi atención a petición o bajo la supervisión del médico tratante como parte de los programas de formación médica de la Universidad.

Entiendo además que una junta de revisión institucional de la Universidad aprueba los proyectos que realizan los investigadores de la Universidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. Por consiguiente, entiendo que es posible que se comuniquen conmigo y me pidan que participe en estudios de investigación, pero que no estoy obligado de ninguna manera a hacerlo. Mi decisión respecto a participar o no, no afectará mi capacidad para obtener atención médica.

4. USO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA Y LAS MUESTRAS: Entiendo que mi información médica, fotografías o videos en cualquier forma pueden utilizarse para otros fines del Centro Médico de UCSF, tales como la mejora de la calidad o la seguridad y educación de los pacientes. Entiendo además que mi información médica y mis tejidos, líquidos, células y otras muestras (denominadas colectivamente "muestras") que el Centro Médico de UCSF pueda obtener en el transcurso de mi tratamiento y atención pueden utilizarse y compartirse con investigadores, y que cualquier uso que se haga será conforme a las leyes estatales y federales, incluidas todas las leyes y reglamentos que rigen la confidencialidad del paciente, en la manera descrita en el Aviso sobre prácticas de privacidad del Centro Médico de UCSF. Entiendo que según las leyes de California, no tengo ningún derecho a ningún producto útil desde el punto de vista comercial que pueda desarrollarse a partir de dichas investigaciones.

5. OBJETOS DE VALOR PERSONALES: El Centro Médico de UCSF pide a los pacientes y sus familias que no traigan ningún objeto de valor a sus instalaciones. El Centro Médico de UCSF no será responsable por la pérdida o daño de ninguna suma de dinero, documentos, joyas, gafas o anteojos, prótesis dentales, artículos de piel, teléfonos celulares, dispositivos electrónicos u otros artículos de valor excepcional, ni por la pérdida o daño de ninguna propiedad personal, a menos que se deposite en la caja fuerte a prueba de incendios mantenida por UCSF. La indemnización por la pérdida de cualquier propiedad personal depositada en poder del Centro Médico de UCSF no será superior a \$500.

6. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: La Ley de Prácticas Relativas a la Información del Estado de California (State of California Information Practices Act) requiere que el Centro Médico de UCSF proporcione la siguiente información a las personas que suministran información sobre ellas mismas. Como paciente del Centro

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO:
INGRESOS, SERVICIOS MÉDICOS Y ACUERDO
FINANCIERO (Página 2 de 3)**

**TERMS AND CONDITIONS OF SERVICE:
ADMISSION, MEDICAL SERVICES,
AND FINANCIAL AGREEMENT (Page 2 of 3)**

NÚMERO DE LA UNIDAD

NOMBRE DE PACIENTE.

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DEL SERVICIO:

Médico de UCSF, se me pedirá que presente cierta información personal, tal como mi dirección y número de teléfono, el número del seguro social, la información del seguro, y los antecedentes médicos e historial de tratamiento. El motivo principal por el que se solicita esta información es garantizar una identificación exacta, la continuidad de la atención médica y el pago por dicha atención. Según las leyes y reglamentos federales y estatales, el Centro Médico de UCSF está autorizado para mantener esta información. El Centro Médico de UCSF considera que proporcionar toda la información solicitada es obligatorio, a menos que se indique lo contrario. Entiendo que si dicha información no se proporciona, mi atención médica y los beneficios y la cobertura del seguro podrían verse afectados.

El Centro Médico de UCSF obtendrá mi autorización por escrito para divulgar información sobre mi tratamiento médico, excepto en aquellas circunstancias en que el Centro Médico de UCSF tenga autorización o esté obligado por ley a divulgar información (consulte el Aviso sobre prácticas de privacidad del Centro Médico de UCSF, que contiene una descripción de las circunstancias específicas en las que el Centro Médico de UCSF puede divulgar esta información). Por ejemplo, el Centro Médico de UCSF podría entregar una copia de mi expediente como paciente a proveedores de atención médica, planes de salud, agencias gubernamentales y seguros de compensación de trabajadores. Además, entiendo que si se me diagnostica cáncer, una enfermedad que es obligatorio declarar en California, el Centro Médico de UCSF está obligado por ley a notificar mi diagnóstico al Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services) estatal.

- 7. FUMAR:** NO está permitido fumar en los recintos hospitalarios de UCSF Benioff Children's Hospital, el Centro Médico de UCSF y el Centro Médico de UCSF en Mount Zion (en adelante denominados el Centro Médico). Fumar se considera perjudicial para su salud. Si usted es fumador, le aconsejamos que deje de fumar. Si tiene antecedentes recientes de haber fumado en el último año, le aconsejamos que continúe sin fumar. Hay alternativas disponibles para ayudarle a reducir su necesidad de nicotina. Los pacientes no pueden salir del hospital para fumar. Le rogamos que hable con su equipo clínico para informarse mejor sobre estas alternativas o si tiene alguna pregunta sobre cómo dejar de fumar. Estas normas son válidas para pacientes y visitantes del Centro Médico.
- 8. CONDUCTA:** UCSF tiene cero tolerancia para la intimidación, la violencia y la discriminación en nuestras instalaciones. Por lo tanto, UCSF es una institución que está comprometida con el mantenimiento de un entorno de trabajo seguro que esté libre de amenazas y actos de intimidación, violencia y discriminación. Por la seguridad personal y general de nuestros pacientes, los visitantes y el personal, no se permiten armas, cuchillos, bebidas alcohólicas, drogas ilegales ni otros materiales peligrosos en nuestras instalaciones. El Centro Médico espera de usted y sus visitantes que se comporten de forma respetuosa, no violenta, no discriminatoria y no abusiva, y que usted no abandone el hospital en ningún momento mientras se encuentre hospitalizado. Es contrario a la política del hospital que usted salga de la unidad a la que está asignado con propiedad del hospital (por ejemplo, si abandona el hospital sin informar a su equipo clínico o si incumple repetidas veces las normas de no fumar del hospital, podría ser dado de alta como paciente.

Entiendo también que según las leyes de California, ni yo ni mis visitantes podemos filmar, grabar ni divulgar imágenes o sonidos de conversaciones con empleados o médicos de UCSF sin el consentimiento de todas las partes que participen en la conversación y que incumplir esta ley podría conllevar penas criminales o civiles. Consulte la guía del paciente para obtener más información sobre su estancia en los hospitales y centros de UCSF.

- 9. ACUERDO FINANCIERO:** Entiendo que, aún cuando tenga seguro, podría ser financieramente responsable de parte o de todos mis servicios médicos. Por ejemplo, si tengo un copago o un deducible, acepto pagar las cantidades que adeude. Si no tengo un seguro que cubra el servicio recibido, acepto pagar a los Rectores de la Universidad de California los servicios profesionales, hospitalarios y clínicos, incluidos los servicios médicos del Centro Médico de UCSF, de acuerdo con las tarifas regulares y los términos del Centro Médico de UCSF. Asimismo, acepto pagar por otros servicios profesionales proporcionados por otros proveedores de atención médi-

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO:
INGRESOS, SERVICIOS MÉDICOS Y ACUERDO
FINANCIERO (Página 3 de 3)**

**TERMS AND CONDITIONS OF SERVICE:
ADMISSION, MEDICAL SERVICES,
AND FINANCIAL AGREEMENT (Page 3 of 3)**

NÚMERO DE LA UNIDAD

NOMBRE DE PACIENTE.

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DEL SERVICIO:

especiales de pago o atención de carácter benéfico. Entiendo también que si el presente acuerdo está firmado por mi cónyuge, padre/madre o garante financiero, mi cónyuge, padre/madre o garante financiero será responsable individualmente y de forma conjunta conmigo del pago, incluidas todas las tarifas de recaudación (honorarios de abogados, costos y gastos de recaudación), además de cualquier otra cantidad adeudada. Las cuentas no pagadas que se deriven a agencias exteriores para su recaudación llevan un interés a la tasa de interés legal actual.

10. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (INCLUIDOS BENEFICIOS DE MEDICARE): Autorizo y dirijo el pago al Centro Médico de UCSF de cualquier beneficio de seguros, incluidos los beneficios de seguros hospitalarios y compensación por desempleo e incapacidad que deban pagarse por lo demás al Centro Médico de UCSF, o en mi nombre para cubrir sus servicios, incluidos servicios de emergencia, a una tasa que no exceda los cargos que el Centro Médico de UCSF cobra actualmente. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados en aplicación de este acuerdo. Acepto además que cualquier saldo acreedor que resulte del pago del seguro o de otras fuentes se aplique a cualquier otro saldo adeudado por mí al Centro Médico de UCSF. Pacientes asegurados por la Parte A de la Ley de Medicare (como principal pagador): El Centro Médico de UCSF transferirá la titularidad previo uso de cualquier propiedad (excluidos los activos fijos o equipos) entregada o suministrada a su paciente u otro cliente en relación con sus servicios médicos facturados según la Parte A de Medicare. Pese a esta disposición de titularidad, el paciente acepta que la eliminación de productos médicos u otros suministros después de su uso estará regida por los protocolos de manipulación y eliminación del Centro Médico de UCSF.

He leído, aceptado y recibido una copia de estos términos y condiciones de servicio.

Firma del paciente o Firma del representante del paciente

Firma del testigo (necesario si el paciente no puede firmar) Relación del representante con el paciente

Firma del intérprete Idioma utilizado

Fecha de la firma

Sección optativa:

Acuerdo de responsabilidad financiera por otra persona distinta al paciente o al representante legal del paciente

Acuerdo de responsabilidad financiera por otra persona distinta al paciente o al representante legal del paciente
Me comprometo a aceptar la responsabilidad financiera por servicios ofrecidos al paciente y acepto los términos del Acuerdo financiero (párrafo 9) y la Asignación de beneficios (incluidos los beneficios de Medicare) (párrafo 10) estipulados más arriba.

Fecha Parte financieramente responsable Testigo

Sección electiva:

AVISO SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE: (Esta pregunta solo es pertinente para pacientes ingresados)
¿Desea que el titular de su poder notarial de duración indefinida para atención médica o su pariente más cercano reciban una copia del Aviso sobre derechos y responsabilidades del paciente? Si es así, por favor hable con su representante de ingresos o comuníquese con el Departamento de Relaciones con el paciente (Patient Relations Department) al (415) 353-1936.