



# NATIONWIDE CHILDREN'S

When your child needs a hospital, everything matters.™

## CONSENTIMIENTO GENERAL

PATIENT IDENTIFICATION

### Consentimiento para Tratamiento Médico

Yo y/o mi(s) padre(s) o tutores otorgamos permiso a los doctores, enfermeras, empleados del Nationwide Children's Hospital y a los doctores supervisores así como otros doctores, \*(o asistentes designados) o personas, para que hagan todo necesario para diagnosticar, tratar y atender las necesidades del paciente mencionado arriba.

(\* A lo largo de este documento el uso del término "yo" se va a referir a "Mi y/o mis padres o tutores". El uso del término "yo" "mi" o "mío" se va a referir al paciente. El uso de "El Hospital" se va a referir a Nationwide Children's Hospital, sus doctores supervisores, otros doctores o agentes del hospital".)

El Hospital puede retener, preservar, usar o deshacerse de cualquier tejido, espécimen, partes u órganos extirpados durante una operación(s) o procedimiento(s). Estas muestras pueden ser usadas para diagnóstico, enseñanza o programas de investigación.

Yo comprendo que este es un hospital de enseñanza y que se me incluye en los programas de enseñanza, investigación y entrenamiento. También comprendo que pueden comunicarse conmigo por haber participado y/o cómo seguimiento relacionado con tales programas si aplica.

Yo autorizo el Hospital a que me tomen fotos, video o grabación de audio con el propósito de diagnosticar, educar, conferencia médica, investigación, publicación de investigación, publicación académica y con fines de mejorar la calidad del servicio.

Comprendemos que el Hospital no se hace responsable si mi ropa o pertenencias se extravían. Estoy consciente de que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y tengo el conocimiento de que no se me han hecho garantías de los resultados de mi examinación o tratamiento en el hospital.

### Derechos y Responsabilidades de los Pacientes (vea el reverso de la página):

Entiendo que tengo el derecho de tomar parte en las decisiones sobre de mi salud y el plan de tratamiento. Tengo la responsabilidad de usar siempre mi identificación como paciente, mientras esté en el Hospital. Además, mis padres/familiares/tutores/visitantes tienen la responsabilidad de usar su identificación en todo momento. He recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del paciente, y mis preguntas se han contestado.

### Consentimiento para Revelar Información Médica:

Yo otorgo permiso al Hospital para compartir/revelar/intercambiar información, tal como investigación clínica, física, mental, alcohol, drogas, VIH HIV o SIDA (incluyendo información que las agencias de leyes federales y estatales y de acreditación requieren) a/con mis doctores, con los doctores que me refirieron o los proveedores de salud que me recomendaron o me dieron el pase y a cualquier compañía de seguro médico u organizaciones que ayudan a pagar mis facturas. El Hospital puede también ceder información a organizaciones de asistencia benéfica, a las cuales he solicitado o podría solicitar para asistencia.

### Asignación de Beneficios de Seguro Médico:

Asigno al hospital, a mi médico, y otros profesionales de salud involucrados en mi cuidado, que todos mis derechos y reclamos se reembolsen bajo cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa que yo identifique para que los beneficios para que salden directamente al Hospital por los servicios proporcionados. Comprendo que las compañías de seguro médico pueden enviarme el pago directamente, si no doy mi autorización, yo seré responsable de pagar al Hospital. Yo estoy de acuerdo con colaborar y brindar información conforme se necesite para establecer mi elegibilidad para tales beneficios.

### Responsabilidad Financiera.:

Yo, (el fiador, de ser apropiado) pagaré las facturas relacionadas con mis cuidados incluyendo las facturas que los beneficios de seguro médico no pague. Yo certifico que la información que he dado al Hospital acerca del tamaño de mi familia y mi ingreso es correcto hasta donde tengo entendido.

### Acceso a los Precios del Hospital:

Tengo el derecho a ver la lista de precios de los procedimientos médicos o quirúrgicos más comunes. También puedo solicitar del Departamento de Finanzas la lista de precios o información sobre de mis cuentas.

### Retiro del Hospital:

Si decido suspender la atención médica en contra de la recomendación del doctor, comprendo que el Hospital y el/los doctor (es) no se hacen responsables de malos resultados una vez que me retire.

### Reconocimiento de Haber Recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad:

Por medio de la presente reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Acuerdo Integrado de Atención Médica Infantil (ICHA) el cual establece la manera en que mi información médica es protegida o revelada por el Hospital y describe mis derechos con respecto a tal información.

### Consentimiento para Textos automatizados:

Autorizo expresamente al Hospital Nationwide Children's, sus entidades afiliadas y proveedores de servicios de terceros para que me llamen o me envíen textos en cualquier teléfono móvil asociado a mi cuenta (s), incluyendo cualquier número de teléfono que pueda resultar en cargos a mi cuenta, ya sea proporcionado en el pasado, presente o futuro. Estoy de acuerdo en que los métodos de contactos pueden incluir el uso de voces pregrabadas, artificiales o un sistema de marcación automática. Entiendo que mi negativa a facilitar el consentimiento descrito en este párrafo no afectará directa o indirectamente mi derecho a recibir servicios de salud de Nationwide Children's

AL FIRMAR, YO CONFIRMO QUE TENGO LA HABILIDAD LEGAL PARA DAR CONSENTIMIENTO PARA EL(LOS) PROCEDIMIENTO(S).

Firma _____		FECHA/HORA (DATE/TIME) _____		TESTIGO (WITNESS) _____		FECHA/HORA (DATE/TIME) _____	
DEL PACIENTE SI ES MAYOR DE 18 AÑOS (PATIENT, IF 18 YEARS OR OLDER)							
Firma _____		FECHA/HORA (DATE/TIME) _____		NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/TUTOR _____			
PADRE/TUTOR, SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS (PARENT/GUARDIAN, IF PATIENT IS LESS THAN 18 YEARS)				( )			
DOMICILIO _____		CIUDAD _____		ESTADO _____		CÓDIGO POSTAL _____	
				CÓDIGO DE ÁREA _____		NÚMERO DE TELÉFONO _____	

FOR OFFICE USE ONLY - PARENTS, PLEASE DO NOT WRITE IN THIS SPACE. COMPLETE IF PATIENT IS 18 YEARS AND OLDER.

	Medical?		Mental Health?					
Advance Directives: Does an Advanced Directive Exist?	Yes _____	No _____	Yes _____	No _____	Initials _____	Date _____	Time _____	
If yes, has actual Advance Directive document been placed in the medical record?	Yes _____	No _____	Initials _____	Date _____	Time _____			
If no, was AD booklet provided?	Yes _____	No _____	Initials _____	Date _____	Time _____			

### RECIBIMIENTO (DAR DE ALTA)

Esto es para certificar que estoy recibiendo a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ de Nationwide Children's

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco o relación \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

**Como paciente, padre o custodio legal en Nationwide Children's Hospital, usted puede esperar:**

1. Trabajar en conjunto con el personal del hospital en su cuidado o en los cuidados de su hijo/a.
2. Ser llamado por su nombre y que se le de los nombres de los doctores, enfermeras y de otros que brindan cuidados.
3. Recibir cuidados del personal del hospital que respete sus valores personales, creencias y costumbres sin importar su raza, etnicidad, sexo, religión y orientación sexual, genero de identidad o expresión, descendencia cultural, nivel de ingreso (status socioeconómico), incapacidad física o mental, educación o padecimiento.
4. Hacer que el personal del hospital escuche lo que tiene que decir, valore sus opiniones y opciones, y responder sus preguntas. Saber que usted puede formar parte en el desarrollo del plan de cuidados y que usted puede expresar sus sentimientos y recibir respuestas de acogedoras.
5. Recibir cuidados rápidos y atentos que puedan mantener su rutina diaria lo mas normal posible y respetar su necesidad de descansar y aprender.
6. Tener un miembro de la familia de su preferencia y un doctor notificado de su admisión al hospital.
7. Tener familiares y amigos alrededor suyo para confortarlo/a y ayudarlo/a a cuidar de usted cuando les sea posible, y tener otra persona que pueda hacer decisiones acerca de su cuidado y tratamiento cuando usted no pueda.
8. Que se le brinde alivio para el dolor y otros cuidados de comodidad cuando se necesite, y no ser restringido al menos que sea hecho por su seguridad o la seguridad de otros.
9. Recibir cuidado y tratamiento en un ambiente seguro y limpio, y ser protegido de acoso y de cualquier tipo de abuso.
10. Se le dará toda la información que usted necesite para ayudar a decidir si acepta o rechaza el tratamiento.
11. Tener acceso a un intérprete si lo necesita.
12. Tener privacidad durante las examinaciones y tratamientos y mantener en privado la información acerca de su padecimiento.
13. Tener acceso a su expediente medico al menos que sea restringido por ley. A nadie

mas se le dará información medica sin su permiso al menos que la ley lo permita.

14. Aprenda lo que necesita saber y hacer cuando vaya a casa. Tener asistencia para asegurar servicios de cuidados médicos a domicilio para sus cuidados post hospitalarios cuando sean necesarios.
15. Hacer una sugerencia o quejarse a la unidad o al jefe de la clínica o a Family Relations office (Oficina de Relaciones Familiares) y que sus quejas sean escuchadas y resueltas. Usted también puede hacer un reporte a Ohio Department of Health (Departamento de Salud de Ohio) al 1-800-342-0553 o usted puede contactar The Joint Commission al 1-800-994-6610.
16. Tener el derecho en decidir y documentar sus deseos en caso de que usted pierda la habilidad para tomar decisiones con respecto a su vida, tal como lo permite la ley y hacer que el personal del hospital y los doctores cumplan con sus deseos.
17. Examinar sus facturas médicas y que los cargos le sean explicados.
18. Tener derecho a aceptar o rehusar formar parte de cualquier programa de investigación.

**Como un paciente, padre o custodio legal en Nationwide Children's Hospital, es su responsabilidad:**

1. Usar los tarjeta de identificación de Nationwide Children's Hospital en todo momento.
2. Dar información completa acerca de su salud.
3. Seguir su plan de tratamiento y decirle a su equipo de cuidados de salud si usted tiene dolor o cambios en su condición.
4. Decirle a los que lo atienden o cuidan cuando usted no entienda sus cuidados y lo que se espera de usted.
5. Saber que si usted rehúsa el tratamiento, usted será responsable del resultado.
6. Seguir las reglas del hospital por derecho al respeto a las otras familias y al personal del hospital. Esto incluye el respeto a la propiedad de otros, control de ruido y cumplir con políticas de no fumar.