



0541G

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

1. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Doy mi consentimiento para los procedimientos que podrían llevarse a cabo durante esta hospitalización, o como paciente de consulta externa. Estos procedimientos podrían incluir entre otros aspectos, tratamientos o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, radiografías, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, inmunizaciones, anestesia o servicios hospitalarios que se me brinden según las indicaciones generales y específicas de mi médico o cirujano. Entiendo que la práctica médica y quirúrgica no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento podrían acarrear riesgos de sufrir lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han dado garantías con relación al resultado de la evaluación o tratamiento en el hospital. Se da por entendido que *Loma Linda University Children's Hospital* (LLUCH) es una institución académica, y que los pacientes participan en programas de instrucción médica.

2. SERVICIOS DE ENFERMERÍA

LLUCH sólo ofrece servicios generales de enfermería y los cuidados ordenados por los médicos. Si deseo tener un enfermero privado (servicios privados de enfermería), entiendo que soy responsable de hacer dichos arreglos. LLUCH no es responsable de brindar los servicios de un enfermero privado, y por la presente, queda liberado de cualquier y toda responsabilidad que surja del hecho de no ofrecer este cuidado adicional.

3. OBJETOS PERSONALES

Como paciente, se me ha recomendado dejar en la casa mis objetos personales. LLUCH mantiene una caja de seguridad a prueba de incendios para guardar dinero u objetos de valor. El hospital no será responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, joya, documento, u otros artículos no colocados en la caja de seguridad. La responsabilidad de LLUCH por la pérdida de cualquier objeto personal guardado en la caja de seguridad, no sobrepasará el monto límite establecido por la ley de quinientos dólares (\$500), a menos que yo tenga un recibo escrito del hospital mostrando un monto mayor.

4. PACIENTES DE MATERNIDAD

Si doy a luz mientras esté siendo atendida en este hospital, estoy de acuerdo en que estas mismas Condiciones de Tratamiento apliquen a mi(s) bebé(s).

5. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA REVELACIÓN DE INFORMES DE AGENCIAS DEL ORDEN PÚBLICO

Autorizo a LLUCH a revisar y/o recibir copias de reportes de agencias del orden público referentes a, o que surjan de, algún accidente o lesión que resulten en mi internamiento o tratamiento en LLUCH.

6. MANEJO CONFIDENCIAL DE TODAS LAS COMUNICACIONES / REVELACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO E INFORMACIÓN FINANCIERA

Entiendo y estoy de acuerdo que todas las comunicaciones y expedientes concernientes a mi atención médica y estadía en LLUCH se considerarán de carácter confidencial. Reconozco haber recibido por separado una "Notificación sobre las Prácticas de Privacidad" (NPP) que describe en detalle mis derechos, y cómo LLUCH puede usar y revelar mi información médica confidencial. Autorizo de forma específica el uso y revelación de todo mi historial médico e información financiera de acuerdo con la NPP.

7. CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi persona, padecimiento o tratamiento quirúrgico, con el propósito de que éstas se usen para mi diagnóstico o tratamiento, o para las funciones hospitalarias que incluyen la revisión entre colegas y programas educativos o de entrenamiento realizados por LLUCH.



Loma Linda University Children's Hospital

CONDITIONS OF TREATMENT-SPANISH

White - Chart Pink - Patient

Page 1 of 2

PATIENT IDENTIFICATION

19-0541G (8-19)

