

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

MUESTRE SUS TARJETAS DE SEGURO Y SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN EN RECEPCIÓN

APELLIDO DEL PACIENTE: _____ **NOMBRE:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ **SEXO:** M _____ F _____ **ESTADO CIVIL:** o SOLTERO o CASADO o DIVORCIADO o VIUDO

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

N.º CASA: _____ **N.º TRABAJO:** _____ **N.º CELULAR:** _____

IDIOMA PREFERIDO: _____ **PREFERENCIA RELIGIOSA:** _____

JUBILADO: SÍ _____ NO _____ **FECHA DE JUBILACIÓN:** _____ | **DISCAPACITADO:** SÍ _____ NO _____ **FECHA DE DISCAPACIDAD:** _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) _____ **Teléfono del PCP** _____

¿Tenemos permiso de compartir su información médica electrónicamente, incluyendo el ingreso, alta y estado de transferencia, con **sus** proveedores de atención médica, como su PCP? **SÍ** _____ **NO** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA | NOMBRE: _____ **RELACIÓN:** _____ **TEL.:** _____

INFORMACIÓN DE SEGURO | SUSCRIPTOR: YO CÓNYUGE MADRE PADRE C/COBERTURA

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

¿LA CONSULTA SE RELACIONA CON UNA LESIÓN EN EL TRABAJO? SÍ NO		SI LA RESPUESTA ES "NO", OMITA ESTA SECCIÓN
NOMBRE DEL EMPLEADOR Y DEL SEGURO _____		TELÉFONO _____
Dirección del EMPLEADOR _____		CIUDAD/ESTADO/ CÓDIGO POSTAL _____
FECHA DE LA LESIÓN _____	N.º DE RECLAMO _____	ZONA QUE SE LESIONÓ _____
NOMBRE DEL AJUSTADOR _____		

Portal del paciente

El portal del paciente es una forma segura de acceder a sus expedientes médicos. Ejemplos: Documentos educativos, medicamentos, procedimientos y resúmenes de consultas. Ponemos a su disposición el portal del paciente como un beneficio sin costo alguno. No venderemos ni revelaremos ningún tipo de información privada, incluyendo las direcciones de correo electrónico. El portal no se debe usar para casos de emergencia. Al usar este portal del paciente en línea, acuerda proteger su contraseña de las personas no autorizadas. Lo inscribiremos y le enviaremos una invitación por correo electrónico. Escriba la dirección de correo electrónico que quiere usar y también la respuesta a la pregunta de seguridad: cuáles son los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o código postal. **Se le pedirá que cambie la contraseña la primera vez que inicie sesión.**

Dirección de correo electrónico del paciente: _____ **Pregunta de seguridad: ¿Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o código postal?** _____

Pregunta sobre origen étnico:

La ley de Texas exige que el Consejo de Información de Atención Médica de Texas (Texas Health Care Information Council) obtenga información sobre el origen racial y étnico de los pacientes del hospital. Los hospitales deben pedir a los pacientes que identifiquen su origen racial y étnico. Los datos que se obtienen mediante este proceso se usarán para ayudar a los investigadores a que determinen si todos los ciudadanos de Texas reciben atención médica.

País de origen u origen étnico (elijá uno)

- Hispana/Latina
- No hispana/latina
- Yo (paciente o tutor) me niego a responder la pregunta.

Raza (elijá una)

- India americana/esquimal/aleutiana
- Asiática o nativo de las Islas del Pacífico
- Negra
- Blanca
- Otra
- Yo (paciente o tutor) me niego a responder la pregunta

Firma del paciente/representante del paciente: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento general para tratamiento

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento y autorizo a que me hagan pruebas y me den tratamiento y atención hospitalaria en Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony (MHFC), según la indicación de mi médico, sus asesores, empleados y asistentes, o según lo establecido en las órdenes o protocolos médicos vigentes. Comprendo que puede ser necesario que los representantes de otras compañías de atención médica ayuden en mi atención, y mi equipo de atención puede incluir médicos residentes u otros aprendices. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías o se filmen videos relacionados con mi atención y tratamiento, y comprendo que esas fotografías o videos pueden formar parte del expediente médico o que se podrán usar para fines internos, como mejoras del desempeño o educación. Autorizo el examen, el uso, el almacenamiento y la eliminación de todos los tejidos, fluidos o muestras que se extraigan de mi cuerpo. Reconozco que no se me dio ninguna garantía sobre el tratamiento o los servicios prestados por MHFC.

REVELACIÓN SOBRE LA TITULARIDAD DE LOS MÉDICOS: Los médicos o sus familiares inmediatos son propietarios, en parte, de Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony (MHFC), y el hospital cumple la definición federal de un “hospital en el que los médicos son propietarios”, como se indica en la sección 489.3 del título 42 del CFR (Código de Regulaciones Federales). Podemos darle una lista de los médicos propietarios si la pide. Esta información se le da para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Usted tiene el derecho de elegir a su proveedor de atención médica. Usted tiene la opción de obtener atención médica según la indicación de su médico en un centro que no sea MHFC. MHFC no lo tratará diferente si elige usar un centro diferente. Si lo desea, su médico puede darle información sobre los proveedores alternativos. Si tiene preguntas relacionadas con este aviso, tenga la confianza de comunicarse con su médico o con el gerente de la oficina de negocios de MHFC.

ACUERDO FINANCIERO: El que suscribe, ya sea el representante o el paciente, acepta que, en contraprestación por los servicios que se le presten al paciente, se responsabiliza de pagar los copagos, los deducibles y las cantidades calculadas de coseguro del hospital, y todo saldo que no se considere un beneficio cubierto por la póliza de seguro. Los procedimientos que pague directamente el paciente se deben pagar por completo antes de la operación.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN: Cedo irrevocablemente a MHFC, y a todo proveedor de atención médica que me preste atención o tratamiento, todos los beneficios, intereses y derechos (incluyendo causas de acción y derechos para exigir pagos) en cualquier póliza de seguro, planes de beneficios, planes de indemnización, planes médicos prepagados, pólizas de responsabilidad contra terceros o de cualquier otro contribuyente que dé beneficios en mi nombre, para y hasta la extensión de los servicios y bienes que se me den durante este ingreso. Otros profesionales médicos que me atenderán incluyen, entre otros, médicos tratantes o asesores, anesthesiólogos, radiólogos o servicios de laboratorio y patología. Reconozco que los proveedores de atención médica/servicios mencionados arriba son contratistas independientes que generarán facturas separadas para sus servicios respectivos, y soy responsable de ellos. MHFC da costos estimados y genera facturas solo por la parte que corresponde al hospital. MHFC tramita reclamos de seguro primarios y secundarios para pacientes que no están registrados para pago directo. Autorizo a MHFC o a los médicos y servicios indicados arriba a que revelen información médica sobre mí según sea necesario para completar mis reclamos de seguro, en esta ocasión de servicio, ante cualquier aseguradora, plan médico o plan de hospital.

PAGOS DE MEDICARE: (Certificación del paciente, Autorización para revelar información y Solicitud de pago) Certifico que la información que doy al solicitar un pago según el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a quienes tengan información médica o de otro tipo sobre mí a que revelen a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), a sus intermediarios u operadores toda la información necesaria para este reclamo o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que se hagan pagos de beneficios autorizados en mi nombre.

EXPEDIENTE MÉDICO ELECTRÓNICO: MHIE es una red de intercambio de información médica desarrollada por Memorial Hermann Healthcare System. Junto con nuestro hospital, los miembros de intercambio incluyen hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica. Los miembros de intercambio comparten expedientes médicos

(Continúa en la parte de atrás del formulario)

electrónicamente para permitir y promover la continuidad de la atención entre proveedores. Si consulta a otro proveedor que también forma parte de un sistema electrónico de expedientes médicos, es posible que MHFC tenga acceso a esos expedientes y que esos proveedores tengan acceso a su expediente médico de MHFC. Si no quiere que se compartan los expedientes médicos con otros proveedores, hágaselo saber al personal de la recepción.

RECETAS ELECTRÓNICAS: Autorizo voluntariamente el uso de recetas electrónicas, que les permita a los proveedores de atención médica enviar recetas por vía electrónica a las farmacias de mi elección, revisar la información de beneficios farmacéuticos y los antecedentes de medicamentos, siempre que exista una relación entre médico y paciente.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS MEDIANTE TELEMEDICINA: Doy mi consentimiento para que se utilicen tratamientos que involucren el uso de comunicaciones electrónicas (“telemedicina”) para permitir que los proveedores de atención médica de diferentes lugares compartan mi información médica personal con fines de diagnóstico, terapia, seguimiento o educación. Doy mi consentimiento para que se reenvíe mi información a terceros según sea necesario para recibir servicios de telemedicina y comprendo que se aplican protecciones de confidencialidad existentes.

MHFC no tiene ni un médico ni un osteópata en el lugar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Durante los días de semana, en general, hay médicos en el lugar de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. Un enfermero de práctica avanzada, con capacitación y experiencia en el manejo de emergencias médicas está en el lugar de 7:00 p. m. a 7:00 a. m. todas las noches durante los días de semana y a tiempo completo los fines de semana. Además, un equipo de respuesta de emergencia (integrado por un anesthesiólogo y un especialista en medicina interna a quien se puede contactar rápidamente por telemedicina) está de guardia las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si tiene una condición de emergencia cuando no haya un médico o un osteópata presente, un enfermero certificado en soporte vital cardiovascular avanzado (ACLS) y un enfermero de práctica avanzada en ACLS (si hay uno disponible) evaluarán su condición y comenzarán los tratamientos iniciales hasta que llegue el equipo de respuesta de emergencia.

EXPOSICIÓN ACCIDENTAL DE UN TRABAJADOR DE ATENCIÓN MÉDICA: Comprendo y reconozco que, según la ley de Texas, si un trabajador médico se expone a mi sangre o a cualquier otro líquido corporal, el hospital puede hacerme pruebas de la sangre u otros líquidos corporales con o sin mi consentimiento para determinar si tengo alguna enfermedad contagiosa, incluyendo, entre otras, la hepatitis o el virus de inmunodeficiencia humana (el agente que provoca el SIDA). Comprendo que los resultados de las pruebas que se hagan en esas circunstancias son confidenciales y no formarán parte de mi expediente médico.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Reconozco que recibí documentación por escrito relacionada con mis derechos y responsabilidades como paciente. Este documento también explica cómo registrar alguna queja que pueda tener.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD: Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad 10/2016 de MHFC (10/2016 Notice of Privacy Practices for MHFC). El Aviso explica cómo podemos usar y revelar la información médica protegida del paciente para hacer tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Leí o me leyeron este formulario en un idioma que comprendo y tuve la posibilidad de hacer preguntas sobre él. EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE ES EL PACIENTE O ESTÁ DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR EL PACIENTE COMO SU REPRESENTANTE GENERAL PARA FIRMAR LO EXPLICADO ARRIBA Y ACEPTA ESOS TÉRMINOS.

Firma del paciente/persona autorizada

Relación/Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del testigo

Fecha



Consentimiento general para tratamiento

Consent_Gen_03092020

ETIQUETA DEL PACIENTE

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Todos los pacientes tienen el derecho de participar de sus propias decisiones de atención médica y a firmar directivas anticipadas, que pueden incluir un poder médico, un testamento en vida o una orden de no reanimar. Este hospital respeta y defiende esos derechos.

¿Firmó instrucciones médicas anticipadas, un testamento en vida o un poder que autorice a alguien a tomar decisiones de atención médica por usted? Marque la casilla correspondiente.

Sí, tengo directivas anticipadas, un testamento en vida o un poder médico.

Si marcó "Sí" para esta pregunta, le pedimos que nos entregue una copia para guardar en su expediente médico.

Copia para guardar en el expediente médico Copia no disponible para el expediente médico

No, no tengo directivas anticipadas, un testamento en vida o un poder médico.

Me gustaría recibir información sobre las directivas anticipadas.

SI LA RESPUESTA ES SÍ, LEA LO SIGUIENTE:

Su médico hablará con usted sobre los riesgos específicos que implica hacer el procedimiento o no hacerlo. Cualquier otra pregunta que tenga en relación con los riesgos del procedimiento deberá hablarla con su médico **antes** de la fecha programada para la operación.

La mayoría de los procedimientos que se hacen en nuestro hospital se consideran optativos y tienen un riesgo de mínimo a moderado. **Por lo tanto, según nuestra política, y sin importar el contenido de las directivas anticipadas o instrucciones de un poder para atención médica/poder legal médico, si ocurre un evento adverso durante su tratamiento en este hospital, iniciaremos todas las medidas de resucitación o estabilización.** Después se lo transferirá a un hospital que tenga un mayor nivel de atención para hacer más pruebas. Se enviará, junto con su expediente médico, una copia de sus directivas anticipadas, su testamento en vida o su poder médico al siguiente proveedor de atención.

Como indica abajo con su firma, su acuerdo para suspender toda voluntad de detener un tratamiento para mantenerlo con vida mientras esté en nuestras instalaciones para esta operación, **no revoca ni invalida ninguna directiva de atención médica ni poder legal médico vigente.**

Si no está de acuerdo con esta política, con gusto contactaremos al consultorio de su cirujano y reprogramaremos su procedimiento en otro hospital.

Con mi firma en este documento, reconozco que leí y comprendí todo su contenido y que estoy de acuerdo con la política descrita. Si indiqué que quería obtener más información, reconozco que recibí esa información.

Nombre en letra de molde del paciente/tutor

Relación con el paciente

Firma del paciente/tutor

Fecha/Hora

Preferencias de comunicación: información médica protegida

Para dar un mejor servicio a nuestros pacientes y comunicarles los servicios y sus obligaciones económicas, usaremos todos los métodos de comunicación que nos dé para agilizar esas necesidades. Proporcionando la información de abajo, estoy de acuerdo con que Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony (MHFC), sus agentes legales o empresas afiliadas usen los teléfonos que les dé para enviarme notificaciones por mensaje de texto, llamen usando un servicio de marcado automático con un mensaje de voz artificial o pregrabado, o dejen un mensaje de voz en una máquina contestadora. Si doy una dirección de correo electrónico, MHFC o uno de sus agentes legales puede contactarme por correo electrónico en relación con mi atención, los servicios o mi obligación económica.

Reconozco que un mensaje de texto no es un medio de comunicación totalmente seguro porque se puede acceder a él con fines indebidos mientras esté almacenado o se puede interceptar durante el envío. Los mensajes que reciba pueden contener mi información personal. Si doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto, también acepto informar sin demoras a Memorial Hermann First Colony cuando cambie mi número de celular. No es necesario que autorice el uso de mensajes de texto. Además, si decido no firmar esta parte de la autorización, mi atención médica no se verá afectada de ninguna manera.

Escriba estos números de contacto y seleccione qué tipo de comunicación autoriza:

MÉTODO	NÚMERO	Mensaje de voz	Texto
Teléfono de casa	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celular	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono alternativo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correo electrónico preferido	_____@_____.		

Preferencias de comunicación por correo ¿Podemos enviarle correspondencia a su domicilio? SÍ NO

Si la respuesta es NO, escriba una dirección alternativa: _____

Además de usted, su compañía de seguros y los proveedores de atención médica relacionados con su atención, ¿con quién podemos hablar sobre su información de atención médica?

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación con usted _____

1 _____

2 _____

Reconozco que se me dio la oportunidad de pedir restricciones de uso o de revelación de mi información médica protegida. Reconozco que se me dio la oportunidad de pedir medios de comunicación alternativos de mi información médica protegida.

Firma del paciente/representante del paciente: _____ Fecha: _____

Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony

Derechos y responsabilidades del paciente

Para promover la seguridad del paciente, le recomendamos hablar abiertamente con su equipo de atención médica, estar bien informado y participar en las decisiones de atención médica y elecciones de tratamiento. Participe con nosotros como un miembro activo de su equipo de atención médica revisando los derechos y las responsabilidades mencionadas abajo para los pacientes y los representantes de los pacientes.

Usted o su designado tienen el derecho a:

Atención médica respetuosa y segura

- 1 Recibir atención médica considerada, respetuosa y compasiva.
- 2 Pedir que se les notifique a un familiar/amigo y a su médico cuando ingrese al hospital.
- 3 Recibir atención médica en un ambiente seguro, libre de abuso y negligencia (verbal, mental, física o sexual).
- 4 Que se le haga un examen de evaluación médica y que se le dé tratamiento estabilizador para las condiciones médicas de emergencia y trabajo de parto.
- 5 No tener restricciones ni aislamiento, a menos que fuese necesario por razones de seguridad.
- 6 Saber los nombres y puestos de las personas que lo atienden.
- 7 Saber cuándo los estudiantes, médicos residentes u otros aprendices están involucrados en su atención médica.
- 8 Que se respete su cultura y valores personales, creencias y deseos.
- 9 Tener acceso a servicios espirituales.
- 10 Tener conversaciones con los miembros de nuestro equipo de atención médica sobre asuntos relacionados con su atención médica.
- 11 Ser tratado sin discriminación según la raza, color, país de origen, edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad física o mental, religión, origen étnico, idioma o capacidad de pago.
- 12 Recibir una lista de servicios de defensoría y protección, cuando sea necesario. Estos servicios pueden ayudar a ciertos pacientes (por ejemplo, menores, adultos mayores, discapacitados) a ejercer sus derechos y a protegerlos contra el abuso y la negligencia.
- 13 Recibir información sobre cobros de hospital y médicos.
- 14 Pedir un cálculo de los cobros del hospital antes de recibir la atención médica.

Comunicación eficaz y participación en su atención médica

- 15 Obtener información durante su consulta en una manera que usted entienda. Esto incluye asistencia, como lenguaje de señas e intérpretes de idiomas extranjeros, y asistencia por problemas de la vista, habla y audición sin costo.
- 16 Obtener información de su médico/proveedor sobre:
 - su diagnóstico * sus resultados de los exámenes
 - posibles resultados de atención médica y resultados no anticipados de la atención médica

- 17 Estar involucrado en su plan de atención médica y plan del alta o pedir una evaluación del plan del alta en cualquier momento.
- 18 Involucrar a su familia en las decisiones sobre atención médica.
- 19 Preguntar y obtener una respuesta oportuna a sus preguntas o pedidos.
- 20 Tener controlado su dolor.
- 21 Negarse a recibir atención médica.
- 22 Tener a una persona con usted para recibir apoyo emocional, a menos que esa persona interfiera con los derechos, seguridad o salud suyos o de los demás.
- 23 Pedir un chaperón para estar con usted durante los exámenes, pruebas o procedimientos.
- 24 Elegir a su persona de apoyo y visitantes, y cambiar de opinión sobre quién puede visitarlo.
- 25 Seleccionar a una persona para que tome las decisiones de atención médica por usted si en algún momento usted no puede tomar esas decisiones (y que todos los derechos del paciente apliquen a esa persona).

Decisiones sobre el final de la vida

- 26 Crear o cambiar una directiva anticipada (también conocida como testamento en vida o poder legal duradero para atención médica).
- 27 Pedir que se conozcan y honren sus deseos de donación de órganos, si es posible.

Consentimiento informado

- 28 Dar permiso (consentimiento informado) antes de recibir cualquier atención de no emergencia, incluyendo:
 - riesgos y beneficios de su tratamiento
 - alternativas a ese tratamiento
 - riesgos y beneficios de esas alternativas
 - riesgo de no recibir tratamiento
- 29 Aceptar o rechazar ser parte de un estudio de investigación sin afectar su atención médica.
- 30 Aceptar o rechazar que se permitan fotografías para propósitos diferentes a su atención médica.

Privacidad y confidencialidad

- 31 Tener privacidad y un tratamiento y comunicación confidencial sobre su atención médica.
- 32 Recibir una copia del Aviso de las Prácticas de privacidad de HIPAA, que incluye información sobre cómo acceder a su expediente médico.

Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony

Derechos y responsabilidades del paciente

Quejas y quejas formales

- 33 Presentar quejas y que su queja se revise sin afectar su atención médica. Si tiene un problema o un queja, puede hablar con su médico, gerente de enfermeros o un gerente del departamento.
- 34 También puede comunicarse con el director ejecutivo al 281-243-1007 o con el director de experiencia del paciente al 281-243-1060.
- 35 Si su problema no se resuelve a su satisfacción, otros grupos externos con los que puede comunicarse incluyen:
 - **Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) del Hospital para conocer las decisiones de cobertura o apelar un cobro prematuro:** KEPRO Organization for Beneficiary Family Centered Care (BFCC-QIO)
5201 West Kennedy Blvd., Suite 900
Tampa, FL 33069
1-888-315-0636; 855-843-4776 (TTY)
 - **Agencia estatal:**
Texas Department of Health & Human Services
Regulatory Services Division, Enforcement Unit
P.O Box 149347
Austin, Texas 78714
Llamada sin costo: 1-888-973-0022
 - **Agencia de acreditación:**
The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety
One Renaissance Blvd.
Oakbrook Terrace, IL 60181
Fax: 630-792-5635
Usando el enlace "Report a Patient Safety Event"
(Reportar un evento de seguridad del paciente) en el "Action Center" (Centro de acción) en la página de inicio del sitio web: www.jointcommission.org
 - **Para tratar asuntos de discriminación, también puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU.:**
Office for Civil Rights
200 Independence Ave.,
SW Room 509F, HHH
Building Washington,
DC20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
OCRMail@hhs.gov
Los formularios de quejas están disponibles en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Usted tiene la responsabilidad de:

- 1 Proporcionar información precisa y completa sobre su salud, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, aseguradora y empleador.
- 2 Llamar si no puede asistir a sus citas.
- 3 Ser respetuoso con su equipo del hospital, desde los médicos, enfermeros y técnicos hasta las personas que llevan sus comidas y el equipo de limpieza.
- 4 Ser considerado en el lenguaje y conducta de otras personas y propiedad, incluyendo ser consciente de los niveles de ruido, privacidad y cantidad de visitantes.
- 5 Controlar su conducta, si está enojado.
- 6 Darnos una copia de su directiva anticipada.
- 7 Hacer preguntas si hay algo que no entiende.
- 8 Reportar cambios inesperados en su salud.
- 9 Seguir los reglamentos del hospital.
- 10 Hacerse responsable de las consecuencias por rechazar la atención médica o no seguir las instrucciones.
- 11 Dejar los objetos de valor en casa.
- 12 Conservar privada toda la información sobre el personal del hospital y otros pacientes.
- 13 No tomar fotografías, videos ni grabaciones sin permiso del personal del hospital.
- 14 Pagar sus facturas o trabajar con nosotros para encontrar financiamiento para cumplir sus obligaciones financieras.

Firma del paciente o representante

Fecha / Hora