



Condiciones para la admisión

Consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos

Doy mi consentimiento a los procedimientos que podrían realizarse durante esta hospitalización o como paciente ambulatorio. Estos, podrían incluir, pero no se limitan a, tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, servicios de telemedicina, anestesia o servicios del hospital administrados al paciente bajo las instrucciones generales y específicas del doctor o cirujano del paciente u otro proveedor de atención médica. Entiendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que los diagnósticos y tratamientos pueden implicar el riesgo de lesión o hasta la muerte. Reconozco que no se me ha dado garantía alguna acerca del resultado de la examinación o tratamiento en este hospital.

Atención de enfermería

Este hospital solamente proporciona atención de enfermería general y atención ordenada por los doctores. Si quiero la atención de una enfermera privada, estoy de acuerdo en hacer dicho arreglo personalmente. El hospital no es responsable por faltar a proveerme la atención de una enfermera privada y por este conducto se exonera al hospital de cualquier y toda responsabilidad que pudiera surgir como resultado del hecho que el hospital no provee esta atención adicional.

Relación legal entre el hospital y los doctores

Todos los doctores y cirujanos proporcionándome servicios, incluyendo el radiólogo, patólogo, doctor de emergencias, anesthesiólogo y demás, no son empleados, representantes o agentes del hospital. Se les ha otorgado el privilegio de utilizar el hospital para la atención y tratamiento de sus pacientes, pero no son empleados, representantes o agentes del hospital. Son proveedores (de atención médica) independientes. Algunos de estos proveedores podrían cobrar por separado por sus servicios. Algunos proveedores de práctica (médica) avanzada, como los enfermeros de práctica médica, enfermeros anesthesiólogos, Asociados Médicos, y otros, son empleados del Distrito.

Algunos de estos proveedores podrían cobrar por separado por sus servicios.

Iniciales del paciente: _____

Entiendo que estoy bajo la atención y supervisión de mi doctor atendiéndome. El hospital y su personal de enfermería son responsables por cumplir las instrucciones de mi doctor. Mi doctor o cirujano es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando se requiera, para tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos terapéuticos o de diagnóstico especializado, o para los servicios del hospital que se me proporcionan bajo las instrucciones generales y específicas de mi doctor.

Pacientes de maternidad

Si doy a luz como paciente en este hospital, estoy de acuerdo en que las mismas Condiciones para la Admisión se aplican al menor.

Consentimiento para el recetario electrónico (Recetario-E)



Doy consentimiento para el uso del recetario electrónico. El recetario-E permite que mi proveedor envíe la receta electrónicamente, sin error, de forma completa y entendible, directamente a la farmacia desde el punto de atención (médica). El recetario-E reduce los errores en las medicinas y aumenta la seguridad de paciente.

Objetos personales

Como paciente, se me recomienda dejar mis objetos personales en mi casa. El hospital no es responsable por la pérdida o daño a cualquier cantidad de dinero, joyería, documentos, lentes, dentaduras, auriculares, teléfonos celulares, computadora portátil, otro dispositivo electrónico personal u otros artículos, en la mayoría de los casos. La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier propiedad depositada en el hospital para su resguardo, se limita, por ley, a quinientos dólares (\$500.00) a menos que el hospital me entregue un recibo por una cantidad mayor.

Northern Inyo Healthcare District (NIHD) se esfuerza por mantener un ambiente seguro y confiable para todos los pacientes, visitantes y personal. No se permiten las armas de fuego y otro tipo de arma en el hospital, excepto cuando son portadas por los oficiales para el cumplimiento de la ley durante sus horas de trabajo. Se entiende y se está de acuerdo que NIHD tiene el derecho de revisar las habitaciones de los pacientes y cualquier objeto que se ingresa al hospital, y de confiscar permanentemente cualquier droga ilegal o sin autorización, armas o cualquier otro artículo que se pudiera encontrar. Se le recomienda dejar estos artículos en su casa o que se los entregue a un familiar o amigo para que se los lleve a su casa. NIHD puede realizar vigilancia electrónica y de otro tipo en todas las áreas de estas instalaciones, incluyendo, pero sin limitarse a, las habitaciones de los pacientes por motivos de seguridad, vigilancia, atención a los pacientes, y otras operaciones para el funcionamiento del hospital.

Fotografía del paciente

Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, videograbaciones, imágenes digitales o de otro tipo para mí tratamiento o condición médica o quirúrgica, o de mi recién nacido, y al uso de las imágenes con el propósito de mi diagnóstico o tratamiento o para las operaciones de funcionamiento del hospital, incluyendo la evaluación entre colegas y los programas de educación o entrenamiento realizados por el hospital.

Fotografías tomadas por pacientes y visitantes

No voy a utilizar cámaras, incluyendo teléfonos celulares y otros dispositivos electrónicos para tomar fotografías o grabar video o sonido en el hospital o las instalaciones de atención médica propiedad del Distrito. Entiendo que el personal del Distrito y todos los pacientes tienen el derecho de que se respete su privacidad. Existen ciertas excepciones alrededor de la familia que se mencionan a continuación.

Labor de parto, expulsión, y obstetricia

Entiendo que se me permite utilizar cámaras y dispositivos electrónicos para la grabación de sonido, fotografía y video en el departamento de obstetricia si sigo las indicaciones que se mencionan a continuación:

- Fotografías de la familia se permiten solamente en las habitaciones de trabajo de parto y expulsión (no en los pasillos, para proteger la privacidad de las personas)



- No se permite la fotografía y videograbación de los procedimientos médicos y quirúrgicos
- No se permite la videograbación/fotografía del nacimiento
- Los miembros de la familia pueden fotografiar/videograbar al recién nacido, con el consentimiento de la madre, después de la expulsión y de que haya terminado la estabilización del recién nacido. El personal (del hospital) debe asegurar que ha terminado la estabilización antes de la fotografía/videograbación del recién nacido.
- Los miembros de la familia pueden fotografiar/videograbar a la madre, con el consentimiento de la misma, después de la expulsión y de que haya terminado su estabilización. El personal (del hospital) debe asegurar que la atención durante la expulsión ha terminado antes de la fotografía/videograbación de parte de los familiares.
- No se permite la fotografía/videograbación del personal de hospital sin el consentimiento de los mismos

Acuerdo de responsabilidad financiera

Estoy de acuerdo en pagar puntualmente todos los recibos de pago que reciba del hospital de acuerdo con los cargos descritos en la lista maestra de cargos del hospital, y de corresponder, con las políticas de atención de caridad, y de descuento, así como con las leyes estatales y federales. Entiendo que puedo revisar la lista maestra de cargos del hospital antes (o después) de recibir los servicios del hospital. Entiendo que todos los doctores y cirujanos, incluyendo radiólogos, patólogos, doctores de emergencias, anesthesiólogos y demás, podrían cobrar por sus servicios por separado. Si se envía cualquier cuenta a un abogado o agencia de colecciones, yo voy a pagar el costo del abogado y los cargos de la agencia de colecciones. Todas las cuentas morosas acumulan interés a la tarifa legal, a menos que lo prohíba la ley.

Iniciales del paciente: _____

Asignación de todos los derechos y beneficios

Irrevocablemente asigno y transfiero al hospital todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés en conexión con cualquier plan de seguro, plan de beneficio de salud, u otra fuente de pago por mi atención (médica). Esta asignación debe incluir la asignación y autorización del pago directo al hospital de todo seguro y beneficios del plan de salud pagables por esta hospitalización o por estos servicios ambulatorios. Entiendo que el pago de parte del asegurador o plan (de salud) al hospital, de acuerdo con esta autorización, debe exonerar su obligación con dicho pago. Entiendo que soy responsable económicamente por los cargos que no se paguen de acuerdo a esta asignación, hasta donde lo permite la ley estatal y federal. Estoy de acuerdo en cooperar con, y cumplir con todos los pasos razonablemente solicitados por este hospital para perfeccionar, confirmar, o validar esta asignación. Autorizo a NIHD y mis proveedores (de atención médica) a divulgar información como lo requiera el proceso de seguro o quien pague por esta hospitalización o servicios ambulatorios.

Asignación de beneficios de parte de Medicare

Certifico que la información proporcionada al solicitar asistencia de pago, bajo "Title XVIII" (Medicare) de la Ley de Seguro Social, es correcta, y autorizo a terceros reteniendo mi información médica, divulgar cualquier información necesaria para esta u otra cuenta, relacionada con Medicare, a la Administración de Seguro Social o sus intermediarios o aseguradora. Solicito que, en mi nombre, se haga el pago de los beneficios autorizados.



Contratos con planes de salud

Este hospital mantiene una lista de los planes de salud con los que tiene contrato. La lista de dichos planes está disponible al solicitarse en la oficina de finanzas. Todos los doctores y cirujanos, incluyendo radiólogos, patólogos, doctores de emergencias, anesthesiólogos, y demás, cobran por separado por sus servicios. Es mi responsabilidad determinar si el hospital o los doctores proporcionándome servicios mantienen un contrato con mi plan de salud. Certifico haber leído lo anterior, y recibido una copia de la misma. Yo, soy el paciente, el representante legal del paciente, o de otra forma estoy autorizado por el paciente para firmar lo anterior y acepto estos términos en su representación.

Programa de enseñanza

Hasta donde el hospital conduzca o participe en programas de enseñanza para los cuales mi condición o tratamiento es relevante, se debe permitir a los estudiantes/capacitadores participar en mi atención (médica), a menos que yo o mi representante legal notifique por escrito de lo contrario al hospital.

Informe de Normas de Confidencialidad

Se me ha ofrecido o he recibido una copia del Informe de Normas de Confidencialidad de NIHD.



AVISO DE ANTIDISCRIMINACIÓN

Northern Inyo Healthcare District cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Northern Inyo Healthcare District no excluye, ni trata a las personas de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Northern Inyo Healthcare District:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, u otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con:

José García

Mánager de Servicios de Acceso Lingüístico

150 Pioneer Lane, Bishop, California 93514

Teléfono (760) 873-2147 TTY 711 Correo electrónico jose.garcia@nih.org

Si considera que Northern Inyo Healthcare District no le proporcione estos servicios o lo discrimine de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con:

Alison Murray, Coordinadora de Derechos Civiles;

150 Pioneer Lane, Bishop, California 93514

Teléfono (760) 873-2145 TTY 711 Fax (760) 873-2108

Correo electrónico alison.murray@nih.org

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Alison Murray está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles en (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los siguientes números:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Reconozco que me han ofrecido una copia del Informe de las Condiciones para la admisión. Entiendo que puedo pedir una copia en cualquier momento.

Firma _____

Fecha/Hora _____

Si firma alguien que no es el paciente, indique el parentesco: _____

FOR HOSPITAL USE ONLY

Witness: _____

Date/Time: _____

Interpreter name or ID# _____ Staff Phone Video

If you do not use an approved interpreter, please list the reason: _____





Conditions of Admission

Consent to Medical and Surgical Procedures

I consent to the procedures that may be performed during this hospitalization or while I am an outpatient. These may include, but are not limited to, emergency treatment or services, laboratory procedures, X-ray examinations, medical or surgical treatment or procedures, telehealth services, anesthesia, or hospital services provided to me under the general and special instructions of my physician, surgeon, or other healthcare provider. I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks of injury or even death. I acknowledge that no guarantees have been made to me regarding the result of examination or treatment in this hospital.

Nursing Care

This hospital provides only general nursing care and care ordered by the physician(s). If I want a private duty nurse, I agree to make such arrangements. The hospital is not responsible for failure to provide a private duty nurse and is hereby released from any and all liability arising from the fact that the hospital does not provide this additional care.

Legal Relationship Between Hospital and Physicians

All physicians and surgeons providing services to me, including the radiologist, pathologist, emergency physician, anesthesiologist and others, are not employees, representatives or agents of the hospital. They have been granted the privilege of using the hospital for the care and treatment of their patients, but they are not employees, representatives or agents of the hospital. They are independent practitioners. Some of these providers may bill separately for their services. Some advanced practice providers, such as nurse practitioners, nurse anesthetists, physician assistants, and others are employed by the District.

Some of these providers may bill separately for their services.

Patient initials: _____

I understand that I am under the care and supervision of my attending physician. The hospital and its nursing staff are responsible for carrying out my physician's instructions. My physician or surgeon is responsible for obtaining my informed consent, when required, to medical or surgical treatment, special diagnostic or therapeutic procedures, or hospital services provided to me under my physician's general and special instructions.

Maternity Patients

If I deliver an infant(s) while a patient of this hospital, I agree that these same Conditions of Admission apply to the infant(s).

Consent to E-prescribing

I consent to the use of e-prescribing. E-prescribing allows my provider to electronically send error free, accurate, and understandable prescriptions directly to a pharmacy from the point of care. E-prescribing reduces medication errors and enhances patient safety.

Personal Belongings



As a patient, I am encouraged to leave personal items at home. The hospital is not liable for the loss or damage to any money, jewelry, documents, eyeglasses, dentures, hearing aids, cell phones, laptops, other personal electronic devices, or other articles in most cases. Hospital liability for loss of any personal property deposited with the hospital for safekeeping is limited by law to five hundred dollars (\$500) unless I receive a written receipt for a greater amount from the hospital.

Northern Inyo Healthcare District (NIHD) strives to maintain a safe and secure environment for all patients, visitors and staff. Firearms and other weapons are not allowed in the hospital except when carried by on-duty law enforcement officers and on-duty security officers. It is understood and agreed that NIHD has the right to search patient rooms and all items brought into the hospital, and to permanently take any illegal or unauthorized drugs, weapons, or other items that may be found. You are encouraged to leave these items at home or give them to a family member or friend to take home for you. NIHD may conduct electronic and other surveillance in all areas of the facility, including, but not limited to, patient rooms for purposes of safety, security, patient care, and other hospital operations.

Photography of the Patient

I consent to the taking of photographs, videotapes, digital or other images of my (or my newborn's) medical or surgical condition or treatment, and the use of the images for purposes of my diagnosis or treatment or for the hospital's operations, including peer review and education or training programs conducted by the hospital.

Photography by Patients and Visitors

I will not use cameras, including cell phones and other electronic devices, to take pictures or record video or sound in the hospital or District owned healthcare facilities. I understand that the District workforce and all patients have the right to privacy. There are some family-centered exceptions to this listed in the next section.

Labor, Delivery, and Obstetrics

I understand that I am allowed to use cameras and electronic sound, picture, and video recording devices in the Obstetrics department if I follow the guidelines listed here:

- Family photography is only permitted in the Labor/Delivery Rooms (not in hallways, to protect the privacy of others)
- Photography and videotaping of medical and surgical procedures is not allowed
- Videotaping/photography of the birth is not allowed
- After delivery and stabilization of the newborn is complete, photographs/ videotaping of the newborn may be taken by family members, with the consent of the mother. Staff must affirm that stabilization is complete prior to photography/ videotaping of the newborn by family members
- After delivery and stabilization is complete, photographs/videotaping may be taken of the mother by family members, with consent of the mother. Staff must affirm that delivery care has been completed prior to photography/videotaping of the mother by family members
- Photography/videotaping of hospital staff is not allowed without permission

Financial Agreement

I agree to promptly pay all hospital bills in accordance with the charges listed in the hospital's charge description master and, if applicable, the hospital's charity care and discount payment



policies and state and federal law. I understand that I may review the hospital's charge description master before (or after) I receive services from the hospital. I understand that all physicians and surgeons, including the radiologist, pathologist, emergency physician, anesthesiologist, and others, may bill separately for their services. If any account is referred to an attorney or collection agency for collection, I will pay actual attorneys' fees and collection expenses. All delinquent accounts shall bear interest at the legal rate, unless prohibited by law.

Patient initials:_____

Assignment of All Rights and Benefits

I irrevocably assign and transfer to the hospital all rights, benefits, and any other interests in connection with any insurance plan, health benefit plan, or other source of payment for my care. This assignment shall include assigning and authorizing direct payment to the hospital of all insurance and health plan benefits payable for this hospitalization or for these outpatient services. I agree that the insurer or plan's payment to the hospital pursuant to this authorization shall discharge its obligations to the extent of such payment. I understand that I am financially responsible for charges not paid according to this assignment, to the extent permitted by state and federal law. I agree to cooperate with, and take all steps reasonably requested by, this hospital to perfect, confirm, or validate this assignment. I authorize NIHD and my providers to release information as required to process insurance or payer's covering my hospitalization or outpatient services.

Medicare Assignment of Benefits

I certify that the information given in applying for payment under Title XVIII (Medicare) of the Social Security Act is correct, and authorize any holder of medical information about me to release to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers any information needed for this or a related Medicare claim. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf.

Health Plan Contracts

This hospital maintains a list of health plans with which it contracts. A list of such plans is available upon request from the financial office. All physicians and surgeons, including the radiologist, pathologist, emergency physician, anesthesiologist, and others, will bill separately for their services. It is my responsibility to determine if the hospital or the physicians providing services to me contract with my health plan. I certify that I have read the foregoing and received a copy thereof. I am the patient, the patient's legal representative, or am otherwise authorized by the patient to sign the above and accept its terms on his/her behalf.

Teaching Program

To the extent that the hospital conducts or participates in teaching programs to which my condition or treatment is pertinent, students/trainees shall be permitted to participate in my care unless the hospital is notified by me, or my legal representative, to the contrary in writing.

Notice of Privacy Practices

I have been offered or received a copy of NIHD's Notice of Privacy Practices.



NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

Northern Inyo Healthcare District complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Northern Inyo Healthcare District does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Northern Inyo Healthcare District:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact:

José García
Language Access Services Manager
150 Pioneer Lane, Bishop, California 93514
Phone (760) 873-2147 TTY 711 or Email jose.garcia@nih.org

If you believe that Northern Inyo Healthcare District has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Alison Murray, Civil Rights Coordinator
150 Pioneer Lane, Bishop, California 93514
Phone (760) 873-2145 TTY 711 Fax (760) 873-2108
Email alison.murray@nih.org.

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Allison Murray is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



I acknowledge that I was offered a copy of Conditions of Admission. I understand that I may ask for a copy at any time.

Signature _____

Date/Time _____

If signed by other than patient, indicate relationship: _____

FOR HOSPITAL USE ONLY

Witness: _____

Date/Time: _____

Interpreter name or ID# _____ Staff Phone Video

If you do not use an approved interpreter, please list the reason: _____

