

Conditions of Admission

1. Consent to Treatment. I consent to the procedures which may be performed during this hospitalization or on an outpatient basis, including emergency treatment or services, and which may include but are not limited to laboratory procedures, x-ray examination, diagnostic procedures, medical, nursing or surgical treatment or procedures, anesthesia, or hospital services rendered to me as ordered by my physician or other healthcare professional on the hospital's medical staff. I understand that as part of their training, students in health care education may participate in the delivery of my medical care and treatment or be observers while I receive medical care and treatment at the Hospital, and that these students will be supervised by instructors and hospital staff.

2. Financial Agreement. In consideration of the services to be rendered to the patient, I individually promise to pay the patient's account at the rates stated in the hospital's price list (known as the "Charge Master") effective on the date the charge is processed for the service provided, which rates are hereby expressly incorporated by reference as the price term of this agreement to pay the patient's account. Some special items will be priced separately if there is no price listed on the Charge Master, or if the charge is listed as zero. An estimate of the anticipated charges for services to be provided to the patient is available upon request from the hospital. Estimates may vary significantly from the final charges based on a variety of factors, including but not limited to the course of treatment, intensity of care, physician practices, and the necessity of providing additional goods and services.

If supplies and services are provided to a patient who has coverage through a governmental program or through certain private health insurance plans, the hospital may accept a discounted payment for those supplies and services. In this event any payment required from the undersigned will be determined by the terms of the governmental program or private health insurance plan. If the patient is uninsured and not covered by a governmental program, the patient may be eligible to have his or her account discounted or forgiven under the hospital's uninsured discount or charity care programs in effect at the time of treatment. You may request information about these programs from the hospital.

As a courtesy to you, the hospital may bill your insurance company, but is not obligated to do so. Regardless, you agree that except where prohibited by law, the financial responsibility for the services rendered belongs to you, the undersigned. You agree to pay any services that are not covered by your insurance company. This includes, but is not limited to, coinsurance, deductibles, non covered benefits due to policy limits or policy exclusions as well as failure to comply with your insurance plan requirements. You also agree that if the hospital must initiate collection efforts to recover amounts owed by you, then in addition to amounts incurred for the services rendered you will pay: (a) any and all costs incurred by the hospital in pursuing collection, including, but not limited to, reasonable attorneys' fees, and (b) any court costs or other costs of litigation incurred by the hospital that applicable rules or statutes permit the hospital to recover.

The hospital will provide a medical screening examination as required to all patients who are seeking medical services to determine if there is an emergency medical condition, without regard to the patient's ability to pay. If there is an emergency medical condition, the hospital will provide stabilizing treatment within its capacity. However, patients who do not qualify under the hospital's charity care policy or other applicable policy are not relieved of their obligation to pay for these services.

3. Assignment of Benefits. In executing this assignment of benefits, I am directing the health insurance carrier or other health benefit plan providing my coverage (including, but not limited to, any employer, employer group or trust sponsored or offered plan) to pay the hospital and/or hospital-based physicians directly for the services the hospital and/or hospital-based physicians provided to the patient during this admission. In return for the services rendered and to be rendered by the hospital and/or hospital-based physicians, I hereby irrevocably assign and transfer to the hospital and/or hospital-based physicians all right, title, and interest in all benefits payable for the healthcare rendered, which are provided in any and all insurance policies and health benefit plans from which I am entitled services or I am entitled to recover. I understand that any payment received from these policies and/or plans will be applied to the amount that I have agreed to pay for services rendered during this admission, as further described under section 2. This assignment shall be for the purpose of granting the hospital and/or hospital based physicians an independent right of

CONDITIONS OF ADMISSION (1/3)

EADMF0003

recovery against my insurer or health benefit plan, but shall not be construed as an obligation of the hospital and/or hospital based physicians to pursue any such right of recovery. In no event will the hospital and/or hospital-based physicians retain benefits in excess of the amount owed to the hospital and/or hospital based physicians for the care and treatment rendered during the admission. If a third party payer (such as an insurance company or employer group or trust sponsored or offered plan) may be obligated to pay some or all of these charges, I agree to take all actions necessary to assist the hospital and/or hospital based physicians in collecting payment from any such third party payer. I hereby appoint the hospital as my authorized representative to pursue, if it so chooses, all administrative remedies, claims and/or lawsuits on my behalf and at the hospital's election, against any responsible third party, medical insurer, or employer sponsored medical benefit plan for purposes of collecting any and all hospital benefits due me for the payment of the charges referred to in section 2 above. If the hospital elects to pursue a claim or lawsuit against a third party payer as authorized representative, I agree to execute a special power of attorney, if requested, authorizing the hospital to take all actions necessary or appropriate in pursuit of such claim or lawsuit, including allowing the hospital to bring suit against the third party payer in my name. I agree to pay over to the hospital immediately all sums recovered in any claim or lawsuit brought on my behalf by the hospital (up to the amount of the hospital's charges, plus expenses and attorney's fees). I have read and been given the opportunity to ask questions about this assignment of benefits, and I have signed this document freely and without inducement, other than the rendition of services by the hospital and/or hospital based physicians.

**Hospital-based physicians include but are not limited to: Emergency Department Physicians, Pathologists, Radiologists, and Anesthesiologists, Psychiatrists, Psychologists or other Behavioral Health Providers. These services are rendered by independent contractors and are not part of your hospital bill. These services will be billed for separately by each physician's billing company.*

4. Private Room. I understand and agree that I or the party responsible for payment for hospital and medical services is responsible for any additional charges associated with the request and use of a private room.

5. Medicare Patient Certification and Assignment of Benefit. I certify that any information I provide in applying for payment under Title XVIII (Medicare) or Title XIX (Medicaid) of the Social Security Act is correct. I request payment of authorized benefits to be made on my behalf to the hospital or hospital-based physician by the Medicare or Medicaid program.

6. Other Acknowledgements

- a. **Personal Valuables.** I understand that the hospital maintains a safe for the safekeeping of money and valuables, and the hospital shall not be liable for the loss of or damage to any money, jewelry, documents, furs, fur coats and fur garments, or other articles of unusual value and small size, unless placed in the safe, and shall not be liable for the loss or damage to any other personal property, unless deposited with the hospital for safekeeping. The liability of the hospital for loss of any personal property that is deposited with the hospital for safekeeping is limited to the greater of five hundred dollars (\$500.00) or the maximum required by law, unless a written receipt for a greater amount has been obtained from the hospital by the patient.
- b. **Weapons/Explosives/Drugs.** I understand and agree that if the hospital at any time believes there may be a weapon, explosive device, illegal substance or drug, or any alcoholic beverage in my room or with my belongings, the hospital may search my room and my belongings, confiscate any of the above items that are found, and dispose of them as appropriate, including delivery of any item to law enforcement authorities.
- c. **Additional Provision for Admission of Minors.** I, the undersigned, acknowledge and verify that I am the legal guardian or custodian of the minor/incapacitated patient.
- d. **This consent includes testing for communicable or blood-borne diseases, including, without limitation, Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), and Hepatitis if a physician orders such test(s) for diagnostic and/or treatment purposes.** I understand that in the case of an accidental exposure to blood or other body fluids, state law allows the Hospital to test a patient who may have exposed a health care worker to HIV without obtaining the person's consent. I understand that the potential side effects and complications of this testing are generally minor and are comparable to the routine collection of blood specimens, including discomfort from the needle stick and/or slight burning, bleeding or soreness at the puncture site. The results of this test will become part of my confidential medical record.

Please initial: Agree _____ Disagree _____

e. **Legal Relationship Between Hospital and Physicians.** Most or all of the health care professionals performing services in the hospital are independent contractors and are not hospital agents or employees. Independent contractors are responsible for their own actions and the hospital shall not be liable for the acts or omissions of any such independent contractors. I understand that physicians or other health care professionals may be called upon to provide care or services to me or on my behalf, but that I may not actually see, or be examined by, all physicians or health care professionals participating in my care; for example, I may not see physicians providing radiology, pathology, EKG interpretation and anesthesiology services. I understand that, in most instances, there will be a separate charge for professional services rendered by physicians to me or on my behalf, and that I will receive a bill for these professional services that is separate from the bill for hospital services.

I have been given the opportunity to read and ask questions about the information contained in this form as well as this section of the form, and I acknowledge that I either have no questions or that my questions have been answered to my satisfaction.

Acknowledge: _____ (Initial)

7. Patient Self Determination Act.

I have been furnished information regarding Advance Directives (such as durable power of attorney for healthcare and living wills). I have also been furnished with written information regarding patient rights and responsibilities and other information related to my stay. Please initial or place a mark next to one of the following applicable statements:

<input type="checkbox"/> I executed an Advance Directive and have been requested to supply a copy to the hospital	<input type="checkbox"/> I have not executed an Advance Directive, wish to execute one and have received information on how to execute an Advance Directive	<input type="checkbox"/> I have not executed an Advance Directive and do not wish to execute one at this time
---	---	---

8. Notice of Privacy Practices. I acknowledge that I have received the hospital's Notice of Privacy Practices, which describes the ways in which the hospital may use and disclose my healthcare information for its treatment, payment, healthcare operations and other described and permitted uses and disclosures, I understand that I may contact the hospital Privacy Officer designated on the notice if I have a question or complaint.

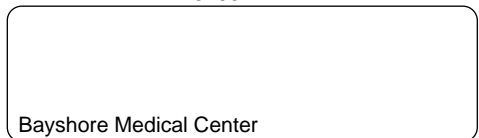
Acknowledge: _____ (Initial)

Date:	I, the undersigned, as the patient or legal agent of the patient, hereby certify I have read, and fully and completely understand this conditions of Admission and Authorization for Medical treatment, and that I have signed this Conditions of Admission and Authorization for Medical Treatment knowingly, freely, voluntarily and agree to be bound by its terms. I have received no promises, assurances, or guarantees from anyone as to the results that may be obtained by any medical treatment or services.
Time:	

Patient / Authorized Representative Signature: X _____ If you are not the patient, please identify your Relationship to the patient. (Circle or mark relationship(s) from list below): Spouse Parent Legal Guardian Neighbor / Friend Sibling Healthcare Power of Attorney Other (please specify): _____	Witness Signature and Title: X _____ Additional Witness Signature and Title: (required for patients unable to sign without a representative or patients who refuse to sign) X _____
--	---

CONDITIONS OF ADMISSION (3/3)

EADMF3100



Condiciones de admisión

1. Consentimiento para el tratamiento. Autorizo los procedimientos que posiblemente se lleven a cabo durante esta hospitalización o en régimen ambulatorio, por ejemplo, servicios o tratamientos de emergencia, y que pueden incluir, entre ellos, estudios de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico, procedimientos o tratamientos quirúrgicos, médicos o de enfermería, anestesia o servicios hospitalarios que me provean según indicaciones de mi médico o de otro profesional de la salud que forme parte del cuerpo médico del hospital. Entiendo que, a modo de práctica profesional, es posible que los estudiantes de educación sanitaria participen en la prestación de asistencia y tratamientos médicos o actúen como observadores mientras recibo asistencia y tratamientos médicos en el Hospital, y que dichos estudiantes sean supervisados por instructores y por el personal del hospital.

2. Acuerdo económico. En contraprestación por los servicios que se le prestarán al paciente, me comprometo individualmente a pagar la cuenta del paciente conforme a las tarifas establecidas en la lista de precios del hospital (denominada "Lista General de Aranceles") con vigencia a partir de la fecha en que se procesa el cargo por el servicio prestado. Estas tarifas se detallan expresamente en el presente acuerdo, a modo de referencia, como obligación contractual referente al precio para pagar la cuenta del paciente. Algunos ítems especiales se cotizarán por separado si no figura precio alguno en la Lista de Aranceles Generales o si el importe que figura en la lista equivale a cero. A solicitud del hospital, se puede acceder a un presupuesto de los cargos previstos en concepto de servicios que se le prestarán al paciente. Es posible que los presupuestos varíen considerablemente respecto de los importes finales a causa de diversos factores, entre ellos, el tratamiento, el grado de atención, las prácticas médicas y la necesidad de brindar productos y servicios adicionales.

Si se brindan suministros y servicios a un paciente que posee cobertura a través de un programa gubernamental o algún plan de seguro médico privado, es posible que el hospital acepte un descuento en el pago por dichos suministros y servicios. En este caso, cualquier pago que requiera el abajo firmante quedará determinado por los términos del programa gubernamental o del plan de seguro médico privado. Si el paciente no cuenta con un seguro médico ni está cubierto por un programa gubernamental, puede ser elegible para que se le otorgue un descuento o se le condone la cuenta según los programas de beneficencia o de descuentos para no asegurados del hospital que estén en vigor durante el tratamiento. Usted puede solicitar información al hospital sobre estos programas.

Como cortesía, el hospital puede cargar los gastos a la cuenta de su compañía de seguros, pero no tiene tal obligación. No obstante, usted acepta que, salvo cuando la ley lo prohíba, la responsabilidad económica de los servicios prestados recae en usted, el abajo firmante. Usted se compromete a pagar todos los servicios que su compañía de seguros no cubra, entre ellos, coseguro, montos deducibles, beneficios no cubiertos debido a límites o exclusiones de la póliza, o bien al incumplimiento de los requisitos del plan de seguro. Asimismo, usted acepta que si el hospital debe dar curso a iniciativas de cobro para recuperar los montos que usted adeuda, además de los gastos incurridos por los servicios prestados, usted deberá pagar: (a) todos y cada uno de los costos incurridos por el hospital al intentar cobrar lo adeudado, entre ellos, honorarios razonables de los abogados y (b) cualquier costo judicial u otros costos de litigios en los que haya incurrido el hospital, cuya recuperación se encuentre avalada por las disposiciones reglamentarias o los estatutos correspondientes.

El hospital realizará un chequeo médico, según sea requerido, a todos los pacientes que necesiten servicios médicos a fin de determinar si se trata de un cuadro clínico de carácter urgente, sin tener en cuenta la solvencia del paciente. Si se trata de un cuadro clínico de carácter urgente, el hospital brindará un tratamiento de estabilización dentro de sus posibilidades. Sin embargo, los pacientes que no cumplan con los requisitos necesarios para ser protegidos por la política de beneficencia u otra política correspondiente no quedarán eximidos del pago de estos servicios.

3. Asignación de beneficios. Al firmar esta asignación de beneficios, responsabilizo a la aseguradora médica u otro plan de beneficios sanitarios que me preste cobertura (entre ellos, cualquier empleador, grupo de empleadores, o plan ofrecido o patrocinado por una fundación) por el pago directo al hospital y/o a la plantilla médica en concepto de servicios prestados al paciente por parte del hospital y/o la plantilla médica durante esta internación. A cambio de los servicios prestados y por prestarse por el hospital y/o la plantilla médica, por la presente, asigno y transfiero al hospital y/o a la plantilla médica, de manera irrevocable, todo derecho, título e interés por todos los beneficios pagaderos en concepto de atención médica brindada, otorgados por cualquier póliza de seguro y plan de beneficios sanitarios que me confiere el derecho a recibir servicios o recuperar gastos. Entiendo que todo pago recibido de estas pólizas y/o planes se aplicará al monto que me haya comprometido a abonar por los servicios prestados durante esta internación, según se describe más detalladamente en la sección 2. Debe recurrirse a la presente asignación a los efectos de otorgarles al hospital y a la plantilla médica un derecho independiente de recuperación frente a mi aseguradora o plan de beneficios sanitarios, pero no debe interpretarse como una obligación del hospital y/o de la plantilla médica para reclamar tal derecho.

CONDICIONES DE ADMISION (1/3) (CONDITIONS OF ADMISSION)

EADMF3009

En ningún caso, el hospital y/o la plantilla médica gozarán de un beneficio que sobrepase el monto adeudado al hospital y/o a la plantilla médica por la atención y el tratamiento prestados durante la internación. Si un tercero pagador (como, por ejemplo, una compañía de seguros, un grupo de empleadores, o un plan ofrecido o patrocinado por una fundación) puede verse obligado a pagar parte de los cargos o su totalidad, me comprometo a tomar todas las medidas necesarias para contribuir con el hospital y/o la plantilla médica en el cobro de la suma adeudada por alguno de ellos. Por la presente, designo al hospital como mi representante autorizado para iniciar, si así lo quisiere, acciones administrativas y/o judiciales en mi nombre y a su propia elección contra cualquier tercero responsable, aseguradora médica o plan de beneficios médicos patrocinado por el empleador a los efectos de cobrar todos y cada uno de los beneficios hospitalarios que se me adeudan correspondientes al pago de los cargos a los que se hace referencia en la sección 2 presentada anteriormente. Si el hospital opta por presentar una demanda o iniciar acciones legales contra un tercero pagador en calidad de representante legal, acepto firmar un poder especial, de ser solicitado, para autorizar al hospital para que tome todas las medidas necesarias o apropiadas en pos de dicha demanda o acción legal, y esto incluye permitir que el hospital entable una demanda contra un tercero pagador en mi nombre. Me comprometo a pagarle inmediatamente al hospital el total de lo que se haya recuperado en cualquier demanda o acción legal entablada en mi nombre por el hospital (hasta el importe correspondiente a los cargos del hospital, sumado a los gastos y honorarios del abogado). Leí y tuve la oportunidad de formular preguntas referentes a esta asignación de beneficios. Firmé este documento con total libertad y sin mediar coacción, para la prestación de servicios por parte del hospital y/o de la plantilla médica.

** Entre los integrantes de la plantilla médica se encuentran: médicos del servicio de urgencias, patólogos, radiólogos, anestesistas, psiquiatras, psicólogos u otros profesionales del comportamiento humano. Estos servicios son prestados por contratistas independientes y no están incluidos en su cuenta del hospital. Estos servicios serán facturados por separado por la empresa de facturación de cada médico.*

4. Habitación privada. Entiendo y acepto la responsabilidad de mi parte o del tercero a cargo del pago de los servicios médicos u hospitalarios ante los gastos adicionales relacionados con el pedido y el uso de una habitación privada.

5. Asignación de beneficios y certificación de pacientes de Medicare. Certifico que toda la información que suministro para solicitar el pago según el Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el programa de Medicare o Medicaid efectúe el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al hospital o a la plantilla médica.

6. Otros Reconocimientos:

a. Efectos personales de valor. Entiendo que el hospital cuenta con una caja de seguridad para custodiar el dinero y otros efectos de valor, y que el hospital está exento de toda responsabilidad por la pérdida o el daño a dinero, joyas, documentos, pieles, tapados de piel, prendas de piel u otros artículos de valor atípico y tamaño pequeño, a menos que se hayan colocado en la caja de seguridad, y no se hace responsable de la pérdida o el daño de cualquier otro bien personal, a menos que se haya dejado en manos del hospital para su protección. La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier bien personal dejado en manos del hospital para su protección se limita a un máximo de quinientos dólares (US\$ 500,00) o al máximo que exige la ley, salvo que el paciente obtenga un recibo por escrito del hospital por una cifra mayor.

b. Armas/explosivos/drogas. Entiendo y acepto que si el hospital, en algún momento, considera que puede haber armas, artefactos explosivos, drogas o sustancias ilegales o cualquier bebida alcohólica en mi habitación o entre mis pertenencias, es posible que el hospital revise mi habitación o mis pertenencias, confisque cualquiera de los ítems mencionados que encuentre y se deshaga de ellos según corresponda, por ejemplo, entregándolos a las autoridades judiciales y policiales.

c. Cláusula adicional para la internación de menores. Yo, el abajo firmante, reconozco y verifico que soy el custodio o tutor legal del paciente menor/discapacitado.

d. Este consentimiento incluye pruebas de enfermedades contagiosas o de transmisión sanguínea, entre ellas, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y hepatitis, si el médico solicita dicha(s) prueba(s) para diagnóstico y/o de tratamiento. Entiendo que, en caso de exposición accidental a sangre o a otros fluidos corporales, la ley estadual permite que el hospital someta a una prueba al paciente que pueda haber expuesto a un profesional sanitario al VIH sin necesidad de obtener su consentimiento. Comprendo que los riesgos y complicaciones de estos análisis generalmente son mínimos y comparables a la rutina colección de espécimen de sangre, incluyendo el dolor de un picor de aguja y/o arder, sangrar, o malestar en el punto del piquete. Los resultados de dicho análisis será parte de mi registro médico confidencial.

Escriba sus iniciales: _____ Estoy de acuerdo _____ No estoy de acuerdo

CONDICIONES DE ADMISION (2/3)
(CONDITIONS OF ADMISSION)

e. Relación legal entre el hospital y los médicos. La mayoría o todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el hospital son contratistas independientes, no son empleados ni representantes del hospital. Los contratistas independientes son responsables de sus propios actos, y el hospital está exento de toda responsabilidad por los actos u omisiones de cualquiera de estos contratistas independientes. Entiendo que los médicos u otros profesionales sanitarios pueden tener que brindar servicios o asistencia a mi persona o a mi beneficio, pero esto no implica que vaya a consultar o me vayan a revisar todos los médicos o profesionales sanitarios que participan en mi atención; por ejemplo, posiblemente no consulte a los médicos que prestan servicios de radiología, patología, interpretación de electrocardiogramas y anestesiología. Entiendo que, en la mayoría de los casos, se aplicará un cargo adicional por los servicios profesionales prestados por los médicos a mi persona o a mi beneficio, y que recibiré una cuenta adicional por dichos servicios.

Yo he recibido la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información contenida en esta forma y así también sobre esta sección de esta forma, y yo afirmo que no tengo preguntas, o que mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Reconocimiento: _____ (Inicial)

7. Acto de autodeterminación del paciente He sido debidamente informado con respecto a las Directivas Anticipadas (tales como poderes legales duraderos para cuidados de salud y testamento en vida). Se me ha informado por escrito acerca de los derechos y responsabilidades del paciente, así como otras informaciones relativas a mi estancia. Por favor, inicialice o coloque una marca en el espacio adyacente a una de las declaraciones aplicables siguientes:

He ejecutado una Directiva Anticipada, y se me ha pedido que entregue una copia de la misma al Hospital.	No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, deseo ejecutar una y he recibido información acerca de cómo debo ejecutar una Directiva Anticipada.	No he ejecutado Directiva Anticipada alguna, y no deseo ejecutar una Directiva Anticipada en este momento.
--	--	--

8. Información sobre prácticas de confidencialidad. Reconozco que he recibido una copia de la Información sobre las prácticas de confidencialidad del hospital, que describe las formas en las que el hospital puede utilizar y divulgar la información sobre los cuidados de mi salud para su tratamiento, pago, operaciones de cuidados de la salud y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; comprendo que puedo comunicarme con el funcionario de confidencialidad del hospital designado en la información si tuviese alguna pregunta o queja.

Reconozco: _____ (Iniciales)

Fecha:	Por este medio, Yo , el (la) abajo firmante, como el paciente o agente legal del paciente, certifico que he leído y entendido estas Condiciones de Admisión y Autorización para Tratamiento Médico; y he firmado estas Condiciones de Admisión y Autorización para Tratamiento Médico con pleno conocimiento, con plena libertad y voluntariamente, y acepto cumplir con sus cláusulas. Además, certifico y declaro que no he recibido promesa, garantía ni seguridad por parte de persona alguna con respecto a los resultados que pudiese obtener de cualquier tratamiento o servicios médicos.
Hora:	

<p>Firma del Paciente/Representante Autorizado:</p> <p>X _____</p> <p>Si usted no es el paciente, identifique su relación con el mismo. (Encierre en un círculo o marque la(s) relación (es) en el listado de abajo: Cónyuge Padre o madre Guardián Legal Vecino/Amigo Hermano/Hermana</p> <p>Proveedor de cuidados asignado por poder jurídico Otra (especifique): _____</p>	<p>Firma y título del testigo:</p> <p>X _____</p> <p>Firma y título de testigo adicional: (se exige en caso de pacientes que no puedan firmar sin un representante presente, o de pacientes que se nieguen a firmar)</p> <p>X _____</p>
--	--

CONDICIONES DE ADMISION (3/3)
(CONDITIONS OF ADMISSION)