



San Francisco Department of Public Health
SF Health Network
CONSENTIMIENTO PARA LOS
TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL
TRATAMIENTO
 CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name:	
DOB:	Label
MRN:	

I. CONSENTIMIENTO GENERAL

A. Consentimiento para los servicios clínicos, médicos y quirúrgicos: Doy mi consentimiento encuentros clínicos, servicios de salud conductual, servicios de salud en el hogar/servicios de salud en el hogar, tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, atención facilitada por tecnologías de telecomunicaciones ("telesalud"), anestesia o servicios hospitalarios proporcionados bajo la instrucción general y especial de un proveedor o cirujano. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía clínica y de salud conductual no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han dado garantías con respecto al resultado del examen o tratamiento.
 Pacientes de maternidad: Si doy a luz a un bebé (s) mientras soy paciente de este hospital, acepto que estas mismas condiciones de admisión se apliquen a los bebés (s).

B. Fotografía/Videograbación: Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, cintas de video y grabaciones necesarias para fines de identificación, para documentar procesos de diagnóstico y tratamiento y para documentar lesiones sufridas en traumatismos. Además, doy mi consentimiento para el uso de dichas imágenes, cintas de video y grabaciones para fines de atención, mejora de la calidad, educación y reembolso. (puede haber excepciones para los servicios de salud conductual)

C. Institución de enseñanza, investigación y atención médica: Clínicas y programas del Departamento de Salud Pública de San Francisco, el Hospital General Zuckerberg de San Francisco, el Hospital Laguna Honda y programas afiliados son una institución de enseñanza, investigación y atención médica. Entiendo que los residentes, pasantes, estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones auxiliares de atención médica (por ejemplo, enfermería, rayos X, terapia de rehabilitación), becarios de posgrado y otros aprendices y profesores visitantes pueden observar, examinar, tratar y participar en a petición y bajo la supervisión de los proveedores/médicos que me. También entiendo que una junta de revisión institucional aprueba los proyectos realizados por los investigadores de acuerdo con las leyes estatales y federales. Como resultado, entiendo que me pueden contactar y pedir que participe en estudios de investigación, pero no tengo ninguna obligación de hacerlo. Mi decisión de participar o no no afectará mi capacidad de obtener atención médica.

D. Uso de información médica y muestras para informes: entiendo que mi información médica, fotografías y/o videos en cualquier forma pueden usarse para otros fines del Departamento de Salud Pública de SF (SFDPH)/SF Health Network (SFHN), tales como como mejora de la calidad, seguridad del paciente y educación. También entiendo que mi información médica y mis tejidos, fluidos, células y otras muestras (colectivamente, "Especímenes") que el SFDPH/SFHN pueda recopilar durante el curso de mi tratamiento y atención pueden usarse y compartirse con

<p>San Francisco Department of Public Health SF Health Network</p> <p align="center">CONSENTIMIENTO PARA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL TRATAMIENTO</p> <p align="center">CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS</p>	Name: DOB: Label MRN:
--	-----------------------------

investigadores y que dicho uso ser consistente con las leyes estatales y federales, incluidas todas las leyes y regulaciones que rigen la confidencialidad del paciente, como está escrito en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, según la ley de California, no tengo ningún derecho sobre ningún producto comercialmente útil que pueda desarrollarse a partir de dicha investigación.

Entiendo que si me diagnostican una enfermedad de notificación obligatoria en California, incluidos, entre otros, cáncer, VIH, enfermedades de transmisión sexual, convulsiones, tuberculosis, meningitis viral u otros diagnósticos de notificación obligatoria, el DPH está obligado por ley a informar mi diagnóstico a organizaciones gubernamentales como el Departamento de Servicios de Salud del Estado o el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. La ley exige que las sospechas de abuso infantil, abuso de ancianos y aquellos que puedan ser un daño para sí mismos o para otros sean reportados a los servicios de protección. El SFDPH también reporta las vacunas y las pruebas de tuberculosis al Registro de Vacunación de California, según lo exige la ley. Si no desea que esta información de vacunación se comparta con otros proveedores, puede comunicarse con el cairweb.org de registro de CAIR o con la mesa de ayuda al 1-800-578-1889

- E. **Historial de medicamentos:** Doy mi consentimiento para que SFDPH/SFHN pueda acceder electrónicamente a mi historial de medicamentos desde farmacias externas y registrar esta información en mi registro médico a menos que proporcione a SFDPH un aviso oportuno por escrito de mi objeción. Entiendo que el SFDPH/SFHN puede usar software para buscar en las bases de datos informáticas de farmacias externas y administradores de beneficios de farmacia con el fin de obtener mi historial de medicamentos y tomar decisiones con respecto a mi atención.

- F. **Precauciones sobre las sustancias corporales:** Entiendo que los trabajadores de la salud de SFDPH/SFHN están obligados a seguir estrictas precauciones sobre las sustancias corporales en todas las actividades de atención al paciente/cliente/residente para proteger tanto a los pacientes/clientes/residentes como al personal de las infecciones. Por lo tanto, los trabajadores de la salud no están obligados a someterse a pruebas de detección de patógenos transmitidos por la sangre.

- G. **Consentimiento por correo electrónico y mensajes de texto:** Doy mi consentimiento para que me envíen recordatorios de citas por mensaje de texto/correo electrónico o notificación de MyChart con el entendimiento de que puedo **optar por no participar** en cualquier momento. Entiendo que si envío correos electrónicos o mensajes de texto a los proveedores y a otras personas involucradas en mi atención, es posible que no puedan responderme utilizando el mismo método que utilicé, debido a la información confidencial protegida.

<p>San Francisco Department of Public Health SF Health Network</p> <p align="center">CONSENTIMIENTO PARA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL TRATAMIENTO</p> <p align="center">CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS</p>	Name: DOB: Label MRN:
--	-----------------------------

Entiendo que los mensajes de texto y el correo electrónico de cualquiera de los remitentes pueden no ser métodos de comunicación seguros, ya que los mensajes no cifrados podrían ser interceptados.

H. **Intercambio de información de salud:** Entiendo que mi información estará disponible en una red segura como Epic CareEverywhere, a menos que opte **por no participar**. Este intercambio permite a los proveedores/organizaciones de atención médica autorizados y a los profesionales involucrados en mi tratamiento, la coordinación de la atención, la mejora de la calidad y las actividades relacionadas con la administración o el pago, el acceso a mis registros de atención médica para brindarme la atención médica más informada y de calidad.

I. **Coordinación de atención:** Doy mi consentimiento para la divulgación y el uso de mi información de salud por parte de proveedores dentro de SFDPH/SFHN y entre SFDPH/SFHN, sus afiliados y proveedores contratados para fines de coordinación de atención. La información de salud compartida puede incluir, entre otros: médico, quirúrgico, alergias, dental, visión, audición, nutrición, dejar de fumar, análisis de laboratorio, desarrollo y salud mental que puedan ser necesarios para mi tratamiento.

J. **Privacidad - Número de Seguro Social:** De conformidad con la Ley Federal de Privacidad de 1974, por la presente se le notifica que si tiene un número de seguro social, la divulgación de su número de seguro social es obligatoria. Se utiliza para verificar su identidad en el sistema de atención médica y pago. La divulgación del número de seguro social es requerida de conformidad con la regulación 4, Sección 404.1256, Código de Regulaciones Federales, bajo la Sección 218, Título II, de la Ley del Seguro Social, según enmendada.

II NORMAS DE CONDUCTA

- A. **Políticas de SFDPH/SFHN:** Acepto cumplir con todas las políticas de SFDPH/SFHN con respecto a mi conducta en las instalaciones de SFDPH/SFHN o en presencia del personal del DPH.
- B. **Ambiente libre de humo:** Reconozco que SFDPH/SFHN es un ambiente libre de humo y acepto no fumar dentro de ninguno de sus edificios o en las instalaciones de SFDPH/SFHN o en presencia del personal del DPH.
- C. **Ambiente seguro para la atención del paciente: No se permiten bebidas alcohólicas, drogas ilegales ni armas de fuego:** Estoy de acuerdo en no traer bebidas alcohólicas, drogas ilegales,

<p>San Francisco Department of Public Health SF Health Network</p> <p align="center">CONSENTIMIENTO PARA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL TRATAMIENTO</p> <p align="center">CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS</p>	Name: DOB: Label MRN:
--	-----------------------------

armas de fuego u otras armas peligrosas a las instalaciones de SFDPH/SFHN o en presencia del personal de DPH. Acepto que mis pertenencias personales puedan ser registradas por personal debidamente autorizado de SFDPH/SFHN, el Departamento de Policía de San Francisco o el Departamento del Sheriff de San Francisco.

III. TÉRMINOS FINANCIEROS

A. Acuerdo para reembolsar SFDPH/SFHN: Acepto pagar los costos totales de los servicios de atención médica proporcionados por las leyes, ordenanzas, resoluciones y órdenes federales y estatales aplicables de la Ciudad y el Condado de San Francisco, incluidos, entre otros, la Parte III del Código Municipal de San Francisco, Capítulo V. Artículo 3 (Código de Salud). Estoy de acuerdo en permitir que SFDPH/SFHN investigue y verifique cualquier información personal y/o financiera presentada en apoyo de mi solicitud de servicios y cualquier solicitud de beneficios de derecho público. Por la presente, renuncio libre y voluntariamente al estatuto de limitación del derecho de SFDPH/SFHN a hacer valer un gravamen contra mi propiedad o cualquier acción en los tribunales del Estado de California para cobrar los costos de servicios como atención hospitalaria, servicios ambulatorios y servicios profesionales. Entiendo que recibiré mensajes y llamadas en nombre de SFDPH/SFHN, a los números proporcionados, incluido mi número de teléfono celular y la dirección de correo electrónico proporcionados durante mi proceso de registro. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. Autorizo a SFDPH/SFHN a ejecutar todos los reembolsos que resulten de cualquier cargo incurrido por mí o por las personas de las que soy la parte responsable.

B. Relación entre SFDPH/SFHN y los proveedores de UCSF: Entiendo que los proveedores, médicos y cirujanos, tanto en el entorno hospitalario como ambulatorio (incluida la salud conductual) y los radiólogos, patólogos, proveedores de emergencias, anestesiólogos y otros, no son empleados ni agentes del hospital ni de SFDPH/SFHN. Estos proveedores pueden facturar por separado los servicios profesionales bajo el nombre comercial de San Francisco Medical Group. Los médicos (MD, DO) están autorizados y regulados por la Junta Médica de California. Para verificar una licencia o presentar una queja, vaya a www.mbc.ca.gov, envíe un correo electrónico a: licensecheck@rmbc.ca.gov

C. Acuerdo para reembolsar a San Francisco Medical Group: Acepto que, en consideración a los servicios prestados por cualquier proveedor, médico, cirujano o dentista, pagaré las tarifas regulares de todos los honorarios profesionales de los que soy responsable. Estoy de acuerdo en permitir que San Francisco Medical Group investigue y verifique cualquier información personal y financiera presentada en apoyo de la solicitud de servicios y para cualquier solicitud de beneficios de derecho público. Por la

<p>San Francisco Department of Public Health SF Health Network</p> <p align="center">CONSENTIMIENTO PARA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL TRATAMIENTO</p> <p align="center">CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS</p>	Name: DOB: Label MRN:
--	-----------------------------

política de atención caritativa y pago con descuento se encuentra en el sitio web del Hospital Laguna Honda en <https://lagunahondahospital.org/> para conocer todos los requisitos de elegibilidad. La asistencia con la solicitud está disponible comunicándose con la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes al (415) 682-5683 o a través del portal para pacientes MyChart. La Alianza de Consumidores de Salud (<https://healthconsumer.org/>, por sus siglas en inglés) brinda asistencia para la cobertura de salud. Bay Area Legal Aid (<https://baylegal.org/>) brinda asistencia legal y de salud, al consumidor y al consumidor. Hay otras organizaciones que ayudarán a los clientes, residentes y pacientes a comprender el proceso de facturación y pago. El encargado de los servicios de compra (que es una lista de artículos que podrían facturarse a un cliente, residente, paciente) se encuentra en el sitio web del Departamento de Información de Acceso a la Atención Médica (HCAI) del Estado de California en <https://hcai.cagov/>.

IV. TÉRMINOS SOLO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

- A. **Órdenes del proveedor:** Estoy de acuerdo en que los tratamientos médicos administrados en el hospital se limitarán a los recetados por un proveedor o cirujano que sea miembro del personal médico del hospital.
- B. **Atención de enfermería:** El hospital solo brinda atención de enfermería general y atención ordenada por los miembros médicos/proveedores del personal médico. Si quiero una enfermera privada, estoy de acuerdo en hacer esos arreglos. El hospital no es responsable por no proporcionar una enfermera privada y por la presente queda liberado de toda responsabilidad que surja del hecho de que el hospital no brinde esta atención adicional.
- C. **Permanecer en la unidad de enfermería:** Acepto permanecer en la unidad/hospital. Entiendo que si tomo la decisión de salir de la unidad/hospital sin la compañía del personal del hospital, sin el permiso del personal de enfermería o las órdenes del médico, puedo ser dado de alta del hospital.
- D. **Objetos de valor personales:** La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier propiedad personal depositada en el hospital para su custodia está limitada por ley a quinientos dólares (\$500.00) a menos que reciba un recibo por escrito por una cantidad mayor del hospital. La ropa y otros artículos personales se desecharán si no se reclaman dentro de los treinta (30) días posteriores al alta del hospital.

CERTIFICACIÓN

San Francisco Department of Public Health SF Health Network CONSENTIMIENTO PARA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL TRATAMIENTO CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS	Name:	
	DOB:	Label
	MRN:	

Por la presente certifico que he leído lo anterior y he recibido una copia. Soy el cliente, paciente, residente o representante legal, o estoy debidamente autorizado por la persona para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Fecha:	Hora:
Firma del Cliente/Paciente/Residente:	
Nombre en letra de imprenta del cliente/paciente/residente:	
Firma del Cliente, Paciente o Representante Legal:	
Nombre en letra de imprenta del cliente, paciente o representante legal:	
<input type="checkbox"/> Se negó a firmar <input type="checkbox"/> Físicamente incapaz de firmar	
Si está firmado por alguien que no sea el cliente/residente/paciente, indique	
Fecha de nacimiento de la relación:	
Firma del testigo: Nombre en letra de imprenta:	Fecha/Hora
Firma del testigo: Nombre en letra de imprenta:	Fecha/Hora
Idioma del intérprete: ID del intérprete # Firma si está presente:	

Directivas anticipadas: SFDPH/SFHN respeta los deseos de los clientes/residentes/pacientes con respecto a las decisiones de tratamiento siempre que sea posible. SFDPH/SFHN alienta a las personas a comunicar sus preferencias de atención médica a sus proveedores de atención médica y a aquellos que puedan tener que tomar decisiones de atención médica por ellos si quedan incapacitados. SFDPH/SFHN no discrimina a una persona en función de si la persona ha ejecutado una directiva anticipada. Si se ha ejecutado una Directiva Anticipada, el abajo firmante es responsable de proporcionar una copia de la Directiva Anticipada a SFDPH/SFHN para su inclusión en el registro médico.

¿Tiene una directiva anticipada para el cuidado de la salud? Sí No

- Me han informado que es mi responsabilidad presentar esta Directiva al SFDPH/SFHN como parte permanente del cuadro.
- He recibido información sobre Directivas Anticipadas.
- Me niego a recibir información sobre directivas anticipadas en este momento.

SI LO SOLICITA, SE ENTREGARÁ UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL CLIENTE, PACIENTE, RESIDENTE O CUALQUIER PERSONA QUE FIRME ESTE DOCUMENTO.