

1. Me he presentado en el St. Luke's University Health Network para tratamiento y consiento a cuidado medico de rutina provisto por esa institución. Reconozco que debido a que la medicina no es una ciencia exacta no me pueden hacer ninguna garantia acerca de los resultados de cualquier tratamiento en esta institución.
2. Entiendo que este consentimiento no incluye el consentimiento informado para operaciones o ningún otro procedimiento o tratamiento que no sea de rutina y que los riesgos y alternativas para dichos procedimientos o tratamientos, los que un paciente razonable consideraría significantes para una decision para recibir o no dichos tratamientos o procedimientos, me serán explicados por el medico que me está tratando o por otro medico designado por él o ella. Entiendo que tengo el derecho de rehusar cualesquier drogas, tratamiento o procedimiento hasta donde lo permita la ley.
3. Autorizo a la institución para que revele mi información de salud: (1) a otros profesionistas del cuidado de la salud quienes estén involucrados en mi tratamiento, ya sea ahora o en el future; (2) cualquier compañía de seguros o a otra entidad como sea necesario para que la institución reciba pago por los servicios que me hayan prestado; y (3) par alas actividades administrativas generals de la institución, tales como control de calidad y revision de colegas.
4. He provisto a la institución con la información verdadera y correcta de mi seguro medico y por este medio asigno y transfiero a la institución todos los beneficios del proveedor medico que sean pagables y cualesquiera derechos relacionados bajo esas pólizas de seguro. Autorizo y dirijo a la compañía de seguros para que pague dichos beneficios a la institución. Entiendo que esta asignación no me libera de ninguna responsabilidad que yo pueda tener por pago de cargos que la compañía de seguros no pague, a menos que se haya provisto de otra manera por los terminus de un acuerdo entre el asegurador y la institución.
5. Entiendo que esta institución es un institución de enseñanza o es una que apoya el entrenamiento educativo professional, que las personas involucradas en programas de entrenamiento pueden estar participando en mi cuidado y consiento a su presencia y participación en mi cuidado.
6. Me han aconsejado que no tenga objetos de valor en mi persona ni en mi cuarto y, si soy un paciente interno, que pida que los guarden en una caja de seguridad. No haré responsable a la institución por ningún objeto de valor que yo conserve en mi personal o en mi cuarto de hospital en el momento de mi admission o durante el servicio.
7. Por este medio autorizo que la institución se deshaga de todos los tejidos, sangre y otras materias orgánicas de la manera normal y rutinaria de la institución para deshacerse de dichas materias, incluyendo el uso de sangre y tejidos con el propósito interno de adquirir y clasificar datos, o tejidos humanos por categorías para estar disponibles para su uso potencial en estudios de investigación. Si mi información se vaa usar para un studio de investigación, en ese momento me pueden pedir que firme una autorización adicional.
8. Tengo el derecho de presentar una queja por escrito o en persona a la administración. Si la queja no se resuelve a mi satisfacción yo puedo contactar una de estas organizaciones: Pennsylvania Department of Health (800-254-5164), Quality Insights of Pennsylvania (800-322-1914), or The Joint Commission (800-994-6610).
9. **Pacientes Medicaid:** Mi firma certifica que he recibido un servicio o artículo en la fecha anotado abajo. Entiendo que el pago por este servicio o artículo se hará de fondos federales y estatales y que cualesquier reclamo, estatutos o documentos falsos, u ocultación de material pueden ser procesados bajo las leyes federales y estatales que apliquen.
10. Tiene el derecho de escoger quién lo puede visitor durante su estancia de paciente interno sin importer si el visitante es un miembro de su familia, amigo o un compañero domestico. Tiene el derecho de cambiar o retirar los privilegios de su visitante en cualquier momento al notificar a la enfermera que cuida de usted.

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LA INFORMACIÓN EN ESTE CONSENTIMIENTO, QUE TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS A MI SATISFACCIÓN.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA HORA

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FIRMA DE LA PERSONAL AUTORIZADA/GUARDIÁN LEGAL

FECHA HORA PARENTESCO

IMPRIMA EL NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA/GUARDIÁN LEGAL