

**Consentimiento para los procedimientos médicos y quirúrgicos:** El firmante da su consentimiento para los procedimientos que podrían realizarse durante esta base, incluyendo un tratamiento o servicio de emergencia, el cual podría incluir sin limitación procedimientos de laboratorio, exámenes con rayos x, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia o servicios facultativos brindados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente. Entiendo que las enfermeras y otro personal de cuidado de la salud podrían estar incluidos dentro de las personas que me brindarán cuidado.

**Relación legal entre las instalaciones y los médicos:** Todos los médicos y cirujanos (no listados en la Notificación de asociación) que brinden servicios al paciente, incluyendo el radiólogo, patólogo, anesthesiólogo y similares, son contratistas independientes con el paciente y no son empleados o agentes de las instalaciones. El paciente está bajo el cuidado y la supervisión del médico que lo atienda, y es responsabilidad de las instalaciones y el personal de enfermería llevar a cabo las indicaciones de tal médico. Es responsabilidad del médico o cirujano del paciente obtener el consentimiento informado del paciente, cuando sea necesario, para el tratamiento médico o quirúrgico, diagnóstico especial o procedimiento terapéutico, o para los servicios brindados al paciente por parte de las instalaciones indicados bajo las instrucciones generales y especiales del médico.

**Valores personales:** Las instalaciones no serán responsables por la pérdida o el daño a cualquier propiedad personal, a menos que se deposite en las instalaciones para su resguardo, el cual está limitado por estatuto a quinientos dólares (\$500.00), a menos que las instalaciones obtengan un recibo por escrito por parte del paciente para una cantidad mayor.

**Acuerdo financiero/de aseguración:** El firmante acuerda, ya sea un agente o paciente que, en consideración de los servicios prestados al paciente, éste está obligado individualmente a pagar la cuenta de las instalaciones de acuerdo con las tasas regulares y los términos de las instalaciones. Si la cuenta es derivada a un abogado o una agencia de cobros para recogerla, el firmante pagará las tasas del abogado y los gastos de cobranza. Todas las cuentas delincuentes serán cargadas con un interés a tasa legal.

- El firmante autoriza, ya sea como agente o paciente, un pago directo a las instalaciones de cualquier beneficio de seguro pagable de otra forma al (o por parte del) paciente para estos servicios, incluyendo los servicios de emergencia en caso de que se presten, a una tasa que no exceda los cargos reales de las instalaciones. Se acuerda que el pago a las instalaciones, en cumplimiento con esta autorización, por parte de una compañía de seguro, descargarán a tal compañía de cualquier obligación bajo una política hasta la extensión de tal pago. El firmante entiende que es financieramente responsable de todos los cargos que no se paguen en cumplimiento con esta asignación.

**Obligación del plan de servicio de cuidado de la salud:** Estas instalaciones mantienen una lista de los planes de servicio de cuidado de la salud que contrata. Una lista de tales planes se describe en la Notificación al paciente. La instalación no tiene ningún contrato, expreso o implícito, con cualquier plan que no aparezca en la lista. El firmante acuerda que está obligado individualmente

a pagar todos los cargos para todos los servicios que le preste la instalación si pertenece a un plan que no aparece en la lista mencionada anteriormente.

**Reconocimiento de recepción del libro de información para pacientes:**

- Se recibieron y revisaron la Notificación de privacidad, los Derechos y responsabilidades del paciente, el Proceso para quejas y la Política de visitas.

**Notificación de privacidad:** Entiendo que mi nombre, ubicación y condición general se indicarán en el directorio de pacientes, y que esta información será accesible a las personas que pregunten por mí dando mi nombre, por ejemplo, a parientes y amigos y al clero. Este directorio también podría contener mi afiliación religiosa, la cual también podría divulgarse al clero. Bajo petición, podemos revisar cualquiera de estas políticas con mayor detalle.

**DIRECTRICES POR ADELANTADO:** Entiendo que Triangle Orthopaedics Surgery Center ofrece cirugía “de elección”, y no honrará ninguna directriz por adelantado/testamento vital si ocurre una complicación inesperada en la Sala de operaciones o PACU. Entiendo que Triangle Orthopaedics Surgery Center honrará mi derecho de formular, reseñar, revisar o revocar un testamento vital. Una copia de la Directriz por adelantado debe estar presente en el registro médico para que sea honrada.

El firmante certifica que leyó lo anterior y que recibió una copia del éste, y que es el paciente o su representante legal o que está debidamente autorizado por el paciente como agente general para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_