


 SHERIDAN MEMORIAL HOSPITAL  
1401 W. 5<sup>th</sup> Street  
Sheridan, WY 82801 (307) 672-1000

 SHERIDAN MEMORIAL CLINICS  
1333 W. 5<sup>th</sup> Street  
Sheridan, WY 82801 (307) 675-2649

Nombre (apellidos y nombres):

Fecha de nacimiento: Médico

tratante:

Edad: Sexo:

### Condiciones de inscripción/Servicios/Admisión

#### **Consentimiento para el tratamiento.**

Doy mi consentimiento para recibir los servicios de atención médica suministrados por el Sheridan Memorial Hospital y las clínicas asociadas de Sheridan Memorial (en lo sucesivo, "SMH"), tales como exámenes de laboratorio, radiografías, diagnósticos y otros servicios hospitalarios, médicos, de enfermería o quirúrgicos que se consideren necesarios o convenientes por parte de los proveedores que me atienden, de emergencia o de consulta (radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, enfermeras, asistentes médicos y otros) para mi persona y cualquiera de mis hijos nacidos en SMH. Entiendo que existen riesgos asociados con cualquier servicio de atención médica y que no se ha dado ninguna garantía con relación a los resultados de cualquier tratamiento o servicio de atención médica que me sea proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de rehusarme a cualquier prueba, tratamiento o procedimiento, excepto en caso de una emergencia. Entiendo que mis

cuidados y tratamientos médicos pudieran ser ofrecidos por doctores, asistentes médicos, enfermeras y por estudiantes clínicos bajo supervisión. Entiendo que ciertos procedimientos en el hospital podrán ser realizados por proveedores externos que podrían facturarme de manera separada por estos servicios. Autorizo la presencia de representantes de la empresa para equipos o suministros especializados en cirugía u otras áreas especializadas. Doy mi consentimiento para el uso de fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales u otras imágenes con fines de identificación, diagnóstico y tratamiento. Entiendo que SMH posee todos los derechos de estas imágenes y grabaciones

**Autorización de prescripción electrónica.** Entiendo que SMH envía prescripciones por medios electrónicos y puede solicitar y utilizar mi historial de medicamentos prescritos de otro proveedor de servicios de salud y/o terceros que son pagadores de beneficios farmacéuticos con fines de tratamiento como formulario y

Condiciones de  
inscripción/Servicios/Admisión

Nombre (apellidos y nombres):

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Tratante:

transacción de beneficios, historial de medicación, notificación del estatus de llenado y otros. Autorizo a SMH a divulgar mi información médica para compartir y/o recibir información de prescripciones con SureScripts (una base de datos nacional de prescripciones) utilizada en la prescripción electrónica de medicamentos para mi tratamiento.

**Médicos del paciente.** No todos los médicos que me suministran cuidado médico y servicios en SMH están contratados por SMH. Entiendo que aquellos doctores que son contratistas independientes no son agentes del SMH, y que el SMH no será responsable por los actos u omisiones de cualquier médico independiente.

**Abandonar las instalaciones en contra de las recomendaciones médicas:** Si elijo darme de alta de SMH contra o sin la autorización de mi(s) médico(s), por medio de la presente, eximo a SMH, mis médicos, agentes de SMH y empleados de cualquier responsabilidad por los efectos adversos que pueda acarrear. Asimismo, reconozco que puedo ser personalmente responsable por todos los costos médicos de los que haya sido objeto durante mi admisión al SMH si abandono el SMH en oposición

a las recomendaciones médicas.

**Divulgación de información financiera.** Autorizo al SMH a divulgar mi información médica y financiera a los empleados, agentes o a terceras partes que provean servicios de facturación, pagos o de cobranza. Consiento ser contactado por SMH o cualquier entidad a la cual SMH asigne mi cuenta con relación a cualquier asunto relacionado con mi cuenta, incluyendo facturación, pago y cobranza.

**Información de contacto.** Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de mensajes de automarcado y pregrabados, mensajes de texto, correo electrónico, correo postal y comunicaciones directas sobre atención médica o pagos por parte del SMH o cualquier entidad a la cual el SMH asigne mi cuenta (entre los que se incluyen agentes de cobranza externos) a los números (celulares o residenciales), correos electrónicos y direcciones que yo provea. También doy mi consentimiento para recibir encuestas de satisfacción para evaluar la atención al cliente.

**Asignación de beneficios y promesa de pago:** Asigno a SMH, y a los médicos u otros prestadores de servicios de

Condiciones de  
inscripción/Servicios/Admisión

Nombre (apellidos y nombres):

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Tratante:

salud que realicen servicios para mí durante esta visita, todos los beneficios que son o que fueran pagables de parte de cualquier pagador externo, incluyendo Medicare y Medicaid. Entiendo y acepto que, aunque haya cedido mis beneficios, sigo siendo financieramente responsable del pago total de toda la atención y el tratamiento médico que se me proporcione, independientemente de que no se pague o se reduzca el pago que cualquiera de mis proveedores externos determine hacer en mi nombre. El pago es exigible completamente por mí luego de completarse los servicios. Si SMH presenta cualquier reclamo por servicios que tengo a una compañía proveedora de servicios, lo hace como una solución para mí y, por lo tanto, no acepta ningún término, condición o limitación que dicha compañía proveedora de servicios quiera aplicar. Acepto pagar los gastos de cobro o los honorarios de los abogados que se generen en el cobro de esta cuenta como resultado de mi incumplimiento del pago de la misma según lo acordado. Estoy de acuerdo en pagar un cargo por intereses a una tasa del 7% anual en cualquiera de los

saldos impagados. Entiendo que el SMH se reserva el derecho de asignar mi cuenta con un saldo no pagado a un agente de cobranzas externo.

**Autorización de Medicare.** Si soy beneficiario de Medicare, solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare a mí o a SMH en mi nombre por cualquier servicio prestado y entiendo que soy responsable del pago de los cargos facturados a mí según lo permitido por Medicare

**Consentimiento para prueba de sangre.** Comprendo que los análisis de sangre para enfermedades transmisibles como hepatitis, HIV/SIDA y otras pueden realizarse sin mi consentimiento por escrito si un profesional de la salud u otro agente del SMH estuvo expuesto a mi sangre u otros fluidos corporales.

**Derechos y responsabilidades del paciente.** SMH reconoce que tengo ciertos derechos como paciente, y yo reconozco que tengo ciertas responsabilidades como paciente. Reconozco que una copia por escrito de los derechos y responsabilidades del paciente de SMH me fue provista al momento de la admisión en el hospital SMH como paciente hospitalario.

**Aviso de prácticas de privacidad.** Comprendo que el SMH puede

Condiciones de  
inscripción/Servicios/Admisión

Nombre (apellidos y nombres):

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Tratante:

divulgar mi información médica protegida (PHI) por motivos de tratamiento, pago y operaciones, de la forma descrita en el Aviso de prácticas de privacidad. Reconozco que se me otorgó una copia escrita del Aviso de prácticas de privacidad al momento de mi admisión como paciente hospitalario del SMH.

**Objetos personales de valor.** Entiendo y reconozco que SMH no se hará responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, joyas, anteojos, audífonos, prótesis, documentos, prendas de vestir u otros artículos, sin importar el valor o el tamaño del artículo, salvo que dicho artículo sea formalmente transferido al cuidado, custodia y control de SMH y que se demuestre con la emisión de un recibo. Sin dicho recibo, SMH no se hará responsable de ninguna pérdida o daño contra cualquier propiedad personal. Si los artículos personales no son reclamados dentro de los últimos 60 días posteriores al alta médica, SMH podrá deshacerse de los mismos.

**Intercambio de información de salud.** El SMH participa en el intercambio electrónico de PHI con otros proveedores médicos y planes de seguro médico a través del intercambio de información con

organizaciones de salud (HIE). A través de la participación de SMH, su información de salud puede ser accedida por otros proveedores y planes de seguro de salud, tal como lo permite la ley, para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Estas HIEs mantienen medidas de seguridad para proteger la privacidad de su información de salud protegida. Puede solicitar excluirse con el propósito de impedir el acceso a su información privada de salud (PHI) en estos HIE. Por favor, póngase en contacto con Acceso de Pacientes para solicitar información sobre cómo excluirse.

**Telemedicina:** Pueden ofrecerme atención y servicios médicos a través de sistemas de telemedicina en los que se presta asistencia sanitaria mediante comunicación electrónica con un proveedor que se encuentra en un lugar físico diferente. Doy mi consentimiento para iniciar y/o recibir comunicaciones basadas en la tecnología con mis proveedores, incluyendo servicios de consultoría de un especialista realizados virtualmente. Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y de software para proteger la

Condiciones de  
inscripción/Servicios/Admisión

Nombre (apellidos y nombres):

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Tratante:

confidencialidad de los datos de identificación del paciente y de las imágenes, e incluirán la encriptación y otras medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad frente a corrupciones intencionadas o no intencionadas.

**Riesgos potenciales de la telemedicina:**

- La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para que el médico y el asesor puedan tomar una decisión médica adecuada.
- Los problemas referentes a la tecnología utilizada para la salud a distancia pudieran causar un retraso en la evaluación y tratamientos médicos.
- En ocasiones, la falta de acceso a las historias clínicas completas puede dar lugar a interacciones farmacológicas adversas o reacciones alérgicas u otros errores.
- En ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad.

**Con respecto a la Telemedicina,**

**entiendo que:**

1. Como no todas las condiciones son apropiadas para el diagnóstico y el tratamiento por telemedicina, mi proveedor de atención médica será quien determine si para mi caso es apropiado realizar un diagnóstico usando este método.
2. Los servicios de telemedicina no tienen contacto físico directo entre el paciente y el profesional. Por ello, es posible que su proveedor no pueda identificar los síntomas o diagnosticar sus problemas exhaustivamente o de forma oportuna.
3. Los servicios de telemedicina pueden no estar cubiertos por el seguro y podrían implicar gastos de mi propio bolsillo.
4. La calidad del audio o video puede afectar la calidad de los servicios brindados y pueden provocar una interrupción de la atención. Ni el SMH ni el proveedor son responsables por estas interrupciones.
5. Puedo negarme a participar en la telemedicina en el transcurso de mis tratamientos en cualquier momento. Mi negativa no afecta

<b>Condiciones de inscripción/Servicios/Admisión</b>
--

<b>Nombre (apellidos y nombres):</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Sexo:</b>	
<b>Tratante:</b>	

- mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
6. Existe el riesgo potencial de un fallo del equipo o de la tecnología que pudiera resultar en un

diagnóstico inexacto y estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad al personal de SMH y a los proveedores.

El abajo firmante ha leído y entiende las Condiciones de Servicios/Inscripción/Admisión y acepta sus términos. Verifico que mi firma digital electrónica representa mi firma escrita.

---

Firma del paciente o representante personal	Fecha/Hora
---	------------

---

Parentesco con el paciente	Testigo	Fecha/Hora
----------------------------	---------	------------