

**CONSENTIMIENTO DE INGRESO / TRATAMIENTO**

**Lugar donde se administra el tratamiento:**

- William P. Clements Jr. University Hospital       Outpatient Surgery Center  
 Zale Lipshy University Hospital                       Clínica hospitalaria ambulatoria \_\_\_\_\_ (nombre de la clínica)

**1. SOLICITUD DE INGRESO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:**

Acepto voluntariamente los procedimientos y servicios que pueda recibir como paciente hospitalizado o ambulatorio según las instrucciones generales y especiales de mi médico y/o su asistente y/o persona designada. Entiendo que estos procedimientos y servicios pueden incluir, entre otros, servicios o tratamiento de emergencia, procedimientos de laboratorio, servicios de diagnóstico por imágenes, procedimientos o tratamientos quirúrgicos o médicos, anestesia o servicios hospitalarios. Entiendo que se pueden diagnosticar otras afecciones, que podrían requerir tratamiento adicional. Autorizo y doy mi consentimiento para el uso de grabaciones, filmaciones u otras imágenes de mi persona (es decir, cualquier fotografía, video, medios electrónicos o de audio) con fines de identificación, diagnóstico o tratamiento en relación con la atención que recibo. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y acepto que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al resultado de tratamiento ni de exámenes realizados por UT Southwestern. Acepto que los suministros, dispositivos médicos u otros bienes que me hayan sido vendidos o entregados se proveen "en el estado en el que se encuentran" y que UT Southwestern renuncia a cualquier tipo de garantía explícita o implícita relacionada con ellos.

**2. ACUERDOS Y ENTENDIMIENTOS:**

- a. Tengo derecho a aceptar o rechazar cualquier procedimiento o tratamiento propuesto.
- b. Entiendo que los médicos que participan en mi atención, incluido mi médico, pueden ser empleados de UT Southwestern o contratistas independientes que no sean empleados ni representantes de UT Southwestern. Entiendo que los médicos a cargo de mi atención tienen el privilegio de utilizar las instalaciones de UT Southwestern para atención y tratamiento de sus pacientes o son médicos autorizados que participan en la atención de pacientes como parte de un programa de educación médica de posgrado. En su función de institución educativa, UT Southwestern recibe residentes médicos y estudiantes de otras disciplinas, como enfermería, y observadores aprobados por la Universidad involucrados en algún propósito educativo, cada uno de los cuales está bajo la supervisión directa de un proveedor o de un miembro competente del personal.
- c. Entiendo que, independientemente de los beneficios que me asigna mi seguro, **SOY RESPONSABLE DE LOS PAGOS Y ASUMO EXPLÍCITAMENTE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA DE** la totalidad de los cargos del hospital, el médico, la atención médica y otros servicios prestados. Recibiré facturas separadas por los honorarios profesionales del médico y por los servicios prestados por organismos externos.
- d. Entiendo que UT Southwestern tiene derecho a recurrir a todos los medios de cobranza, incluidos la verificación crediticia de activos y el litigio.
- e. Acepto que este consentimiento incluye todos los servicios de atención ambulatoria prestados con el mismo diagnóstico y tratamiento, y que UT Southwestern no necesita obtener otro consentimiento para llevar a cabo la atención ambulatoria con el mismo diagnóstico o tratamiento, a menos que yo cancele este consentimiento por escrito.

**3. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

- a. Entiendo que, como parte de mi atención médica, el personal de UT Southwestern y mi médico crean y mantienen un expediente de la atención y de los servicios prestados. Asimismo, entiendo que esa información se puede utilizar y/o divulgar durante el manejo o la provisión de atención y servicios de UT Southwestern a mi persona, como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.
- b. Entiendo y acepto que UT Southwestern participa en un programa electrónico de intercambio de expedientes médicos con otros proveedores e instituciones de atención médica (participantes del intercambio o "Exchange Participants"). Entiendo que cuando solicito tratamiento de UT Southwestern y de Exchange Participants, podría divulgarse mi información médica electrónicamente entre UT Southwestern y Exchange Participants con el fin de brindarme atención y servicios, y autorizo a UT Southwestern a compartir mi información médica de esta manera con Exchange Participants. También entiendo que mi información médica puede incluir cierta "información confidencial", como información genética y diagnósticos de o tratamientos para drogadicción y/o alcoholismo, enfermedades mentales (sin incluir notas psicológicas) o enfermedades contagiosas (incluidos VIH o SIDA), y que parte de esta información confidencial no se puede divulgar a través del programa de intercambio de expedientes médicos sin una autorización mía por separado.
- c. Entiendo y acepto que, como parte de la provisión de atención médica en UT Southwestern, mi médico y otros miembros del personal involucrados en mi atención pueden solicitar electrónicamente mi historial de medicamentos recetados a las farmacias asociadas, los administradores de beneficios de farmacia o los encargados del pago, y que ese historial de medicamentos recetados podría incluirse en mi expediente médico.

**4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDOS FINANCIEROS:**

Por medio de la presente, asigno a UT Southwestern y a cualquier médico a cargo de mi atención y tratamiento, todos los beneficios y todos los intereses y derechos por los servicios prestados en virtud de cualquier póliza de seguro, incluidas, entre otras, las de Medicare, Medicaid, Tricare, o los reembolsos de un plan de atención médica prepagado. Esto significa que UT Southwestern y otros médicos tendrán derecho a recibir directamente todos los pagos del seguro en mi nombre. Si mi tratamiento fue provocado por circunstancias que resultaron en algún proceso jurídico, asigno a UT Southwestern los intereses sobre las demandas que yo pueda tener en la medida necesaria para reembolsar completamente a UT Southwestern por los servicios prestados. Entiendo y acepto que debo pagar la totalidad de mi cuenta en el momento que me den de alta, a menos que la cobertura del seguro haya sido aprobada y verificada antes del alta.

**5. OBJETOS DE VALOR:** Entiendo que UT Southwestern no asume la responsabilidad de proteger ninguna de mis pertenencias personales que elija yo tener conmigo o en mi habitación del hospital durante mi estancia, como dinero, joyería, anteojos, dentaduras o aparatos para oír, entre otros objetos.

**6. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Acepto haber recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad como parte de esta consulta o ingreso, o durante una consulta o ingreso anterior. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

**7. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES:** UT Southwestern acepta que tengo ciertos derechos como paciente, y yo acepto que tengo ciertas responsabilidades como paciente. Esta información (que incluye cómo registrar las quejas que pueda tener) está publicada en todo el hospital, y se me entregó una copia escrita en el ingreso.

**8. PARA SER LLENADO SOLAMENTE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS DE UT SOUTHWESTERN QUE ESTÉN RECIBIENDO TRATAMIENTOS INVASIVOS:**

- a. Tengo un poder legal para asuntos médicos. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No      ¿Se entregó una copia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
Tengo instrucciones anticipadas de salud mental. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No      ¿Se entregó una copia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
He escrito instrucciones anticipadas. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No      ¿Se entregó una copia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- b. He recibido información sobre las Instrucciones anticipadas, en conformidad con la ley federal. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- c. ¿Le gustaría hablar sobre Instrucciones anticipadas con el personal del hospital? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Entiendo que es mi responsabilidad entregar una copia de estos documentos a UT Southwestern.**

He leído el documento arriba y entiendo su contenido. Acepto ser el paciente o el representante y/o el garante legalmente autorizado por el paciente, y otorgo mi consentimiento sobre el contenido total de este documento.

Firma del paciente/persona responsable (relación/parentesco con el paciente)	Hora a.m./p.m	Fecha
Representante de UT Southwestern	Hora a.m./p.m	Fecha
Firma y nombre del intérprete en letra de imprenta o número de identificación del intérprete de Language Line	Hora a.m./p.m.	Fecha



# **UT Southwestern**

Medical Center

## PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS DE LOS PACIENTES

Aunque esperamos que las consultas de todos nuestros pacientes transcurran sin inconvenientes, es importante que se nos notifique de las inquietudes o preocupaciones de los pacientes con el fin de tomar las medidas necesarias para resolverlas.

Los pacientes tienen derecho a comunicar sus inquietudes o quejas de forma oral o escrita sobre cualquier aspecto de la consulta (por ejemplo, atención médica, servicio, condiciones, facturación) y a esperar una respuesta oportuna. Si tiene comentarios, preguntas o preocupaciones, le recomendamos que usted o su representante:

- hablen de ellos con su proveedor inmediato de atención,
- hablen con el gerente de la clínica o del servicio en el que recibe la atención, o,
- si considera que tiene preguntas o preocupaciones que no se han resuelto adecuadamente, puede solicitar una revisión al comunicarse con Patient Assistance Office (Oficina de Asistencia a los Pacientes). Los formularios de quejas están disponibles en Guest and Patient Relations Office (Oficina de Relaciones de Pacientes y Huéspedes) o en Patient Assistance Office. También puede comunicarse con Patient Assistance Office por teléfono al 214-648-0500 o por escrito a la siguiente dirección:

**Patient Assistance Office  
UT Southwestern Medical Center  
5323 Harry Hines Blvd.  
Dallas, TX 75390-8831  
214-648-0500**

## AVISO SOBRE LAS QUEJAS

Las quejas sobre la calidad de la atención de una organización de atención médica acreditada por una Comisión Conjunta se pueden presentar para investigación en la siguiente dirección:

**The Joint Commission, Office of Quality Monitoring  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181**

Hay asistencia disponible para presentar una queja a la Comisión Conjunta a la línea gratuita: **1-800-994-6610**.

Las quejas sobre médicos, así como otros titulares de licencia o personal inscrito en Texas Medical Board (Consejo Médico de Texas), incluidos auxiliares médicos, acupunturistas y asistentes quirúrgicos, se pueden presentar para investigación en la siguiente dirección:

**Texas Medical Board  
Attention: Investigations  
333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610  
P.O. Box 2018, MC-263  
Austin, TX 78768-2018**

Hay asistencia disponible para presentar una queja en el siguiente número de teléfono: **1-800-201-9353**.

Para obtener más información, vaya a su página web: [www.tmb.state.tx.us](http://www.tmb.state.tx.us).

Si usted está en una organización de mantenimiento de la salud y desea presentar una queja, puede al Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas) al 1-800-252-3439.