



0541B

## CONDICIONES DE TRATAMIENTO

### **1. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS**

Doy mi consentimiento para los procedimientos que podrían llevarse a cabo durante esta hospitalización, o como paciente de consulta externa. Estos procedimientos podrían incluir entre otros aspectos, tratamientos o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, radiografías, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, inmunizaciones, anestesia, o servicios hospitalarios que me brinden según las indicaciones generales y específicas de mi médico o cirujano. Entiendo que la práctica médica y quirúrgica no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento podrían acarrear riesgos de sufrir lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no me han dado garantías con relación al resultado de la evaluación o tratamiento en el hospital. Se da por entendido que *Loma Linda University Medical Center* (LLUMC) es una institución académica, y que los pacientes participan en programas de instrucción médica.

### **2. SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

LLUMC sólo ofrece servicios generales de enfermería y los cuidados ordenados por los médicos. Si deseo tener servicios privados de enfermería (un enfermero privado), entiendo que soy responsable de hacer dichos arreglos. LLUMC no es responsable de brindar los servicios de un enfermero privado, y por la presente, queda liberado de cualquier y toda responsabilidad que surja del hecho de no ofrecer este servicio adicional.

### **3. OBJETOS PERSONALES**

Como paciente, me han recomendado dejar en la casa mis objetos personales. LLUMC mantiene una caja de seguridad a prueba de incendios para guardar dinero u objetos de valor. El hospital no será responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, joya, documento, u otros artículos no colocados en la caja de seguridad. La responsabilidad de LLUMC por la pérdida de cualquier objeto personal guardado en la caja de seguridad, no sobrepasará el monto límite establecido por la ley de quinientos dólares (\$500), a menos que yo tenga un recibo escrito del hospital mostrando un monto mayor.

### **4. PACIENTES DE MATERNIDAD**

Si doy a luz mientras esté siendo atendida en este hospital, estoy de acuerdo en que estas mismas Condiciones de Tratamiento se apliquen a mi(s) bebé(s).

### **5. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA REVELACIÓN DE INFORMES DE AGENCIAS DEL ORDEN PÚBLICO**

Autorizo a LLUMC a revisar y/o recibir copias de reportes de agencias del orden público referentes a, o que surjan de, algún accidente o lesión que resulten en mi internamiento o tratamiento en LLUMC.

### **6. MANEJO CONFIDENCIAL DE TODAS LAS COMUNICACIONES/REVELACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO E INFORMACIÓN FINANCIERA**

Entiendo y estoy de acuerdo que todas las comunicaciones y expedientes concernientes a mi atención médica y estadía en LLUMC se considerarán de carácter confidencial. Reconozco haber recibido por separado una "Notificación sobre las Prácticas de Privacidad" (NPP) que describe en detalle mis derechos, y cómo LLUMC puede usar y revelar mi información médica confidencial. Autorizo de forma específica el uso y revelación de todo mi historial médico e información financiera de acuerdo con la NPP.

### **7. CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO**

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi persona, de mi enfermedad o tratamiento quirúrgico, con el propósito de que éstas se usen para mi diagnóstico o tratamiento, o para las funciones hospitalarias que incluyen la revisión entre colegas y programas educativos o de entrenamiento realizados por LLUMC.



Loma Linda University Medical Center  
Loma Linda University Surgical Hospital  
Loma Linda University Medical Center East Campus  
**CONDITIONS OF TREATMENT – SPANISH**

White - Chart    Pink - Patient  
Page 1 of 2

19-0541B (5-18)

PATIENT IDENTIFICATION

