

ACUERDO DE INGRESO Y TRATAMIENTO CONDITION OF ADMISSION AND TREATMENT

- 1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS:** Yo, autorizo todos los servicios médicos, incluidos los servicios hospitalarios habituales, procedimientos, medicamentos, análisis de laboratorio y exámenes, inyecciones y otros servicios o procedimientos proporcionados ordenados por mi médico u otros proveedores de práctica avanzada, o como sea necesario de acuerdo a los procedimientos hospitalarios. Este consentimiento es válido esta visita hospitalaria o ambulatoria y para los servicios ambulatorios recurrentes del mismo tipo por un período de un año después de su firma. Este acuerdo de ingreso y tratamiento médico cubre, y doy mi consentimiento para los servicios de telemedicina, incluidos los servicios de e-ICU y de consulta. Para las pacientes de maternidad, este consentimiento cubre tanto a la paciente de servicios obstétricos como al (a los) recién nacido(s). Entiendo además, que no hay un médico disponible las 24 horas del día en los siguientes hospitales: Community Hospital-Torrington, East Morgan County Hospital, Platte County Memorial Hospital, Ogallala Community Hospital, Banner Heart Hospital, Banner Behavioral Health Hospital, y Page Hospital.
- 2. RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS:** El paciente será tratado por el médico que lo atiende, por otros proveedores de práctica avanzada y por los médicos que lo cubran, y estará bajo su atención y supervisión. Los médicos y otros proveedores de atención médica que proporcionan servicios al paciente, como el médico de urgencias, el hospitalista, el radiólogo, el patólogo, el anestesiólogo y demás, por lo general no son empleados o representantes del hospital, y el hospital no es responsable de sus acciones u omisiones. Estos proveedores pueden cobrar por sus servicios por separado. Cualquier pregunta respecto a que si uno de los proveedores de atención médica es un representante o empleado del hospital, diríjase a la administración durante el horario normal de trabajo, y al administrador en turno o al jefe de enfermería o persona designada después del horario de oficinas, fines de semana y días feriados.
- 3. DINERO Y OBJETOS DE VALOR:** No debe traer objetos de valor o dinero al hospital, y debe dárselos a algún miembro de su familia para que se los guarde. El hospital tiene una caja fuerte en la cual pueden guardar dinero y objetos de valor. El hospital no se hace responsable por la pérdida o daño de objetos que no se guarden en la caja fuerte (como anteojos, dentaduras postizas, audífonos, lentes de contacto, joyería y dinero).
- 4. SESIONES DE TERAPIA FOTOGRAFIADAS O GRABADAS:** Entiendo y acepto en que es posible que me tomen fotografías o videos con el objetivo de identificación, tratamiento, seguridad, educación o mejora de la calidad. También acepto que las sesiones de terapia pueden ser grabadas (audio o videograbación) y que todas las fotografías y cintas serán propiedad de Banner Health. No grabaré audio o video o tomaré fotografías del personal de Banner Health sin su permiso.
- 5. PROGRAMA DE ENSEÑANZA:** El Hospital participa en programas de entrenamiento para médicos y personal de atención médica. Es posible algunos servicios al paciente sean llevados a cabo por personal en entrenamiento, bajo la supervisión e instrucción del médico o de los empleados del hospital. Estas personas en entrenamiento pueden también observar la atención que recibe el paciente de parte de los médicos o los empleados del hospital.
- 6. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** El paciente entiende que el hospital usa un expediente electrónico, y que los tratamientos recibidos en las clínicas de Banner se integran en un solo expediente. El paciente accede a que sus expedientes médicos y financieros (incluida información sobre el abuso de alcohol o drogas, VIH u otras enfermedades contagiosas) pueden ser divulgadas sin su autorización a los siguientes:
 - A. Proveedores de servicios médicos que proporcionen o hayan proporcionado atención médica al paciente; proveedores de servicios médicos, incluidos médicos y otros proveedores, que se consulten con el propósito de dar tratamiento; incluidos los proveedores de servicios después del alta; cualquier persona o entidad responsable por el pago de los cargos del hospital o de otros proveedores; a los proveedores de servicios médicos u organizaciones que acrediten al hospital o hagan revisión de utilización, control de calidad o revisión de pares; y a los representantes legales del hospital y proveedores y aseguradoras de responsabilidad profesional.



CONDITION OF ADMISSION AND TREATMENT

- 1. CONSENT FOR HEALTH CARE SERVICES:** I give my consent to all health care services including routine hospital services, procedures, medications, laboratory procedures and tests, injections and other services or procedures given as ordered by my physician/physician extender or as required by hospital procedure. This consent is effective for this inpatient/outpatient visit and for recurring outpatient services of the same type for a period of one year following its execution. This Condition of Admission and Treatment Agreement covers, and I consent to, telemedicine services, including but not limited to e-ICU and consultative services. For obstetrical patients, the consent applies to both the obstetrical patient and the newborn(s). I further understand that a physician is not in the hospital 24 hours/day in the following Banner hospitals: Community Hospital-Torrington, East Morgan County Hospital, Platte County Memorial Hospital, Ogallala Community Hospital, Banner Heart Hospital, Banner Behavioral Health Hospital, and Page Hospital.
- 2. LEGAL RELATIONSHIP BETWEEN HOSPITAL AND HEALTH CARE PROVIDERS:** The patient will be treated by his/her attending physician, including physician extenders and covering physicians, and be under his/her care and supervision. Physicians and other health care providers furnishing services to the patient, including but not limited to the emergency room physician, hospitalist, radiologist, pathologist and anesthesiologist, are generally not employees or agents of the hospital, and the hospital is not liable for their actions or omissions. These providers may bill separately for their services. Questions about whether a healthcare provider is an agent or employee of the hospital should be directed to Administration during normal business hours, and the Administrator On Call or the Chief Nursing Officer/ Designee after hours, weekends and holidays.
- 3. MONEY AND VALUABLES:** Valuables and money should not be brought to the hospital and should be given to family members for safekeeping. The hospital has a safe in which to keep money or valuables. The hospital will not be responsible for loss of or damage to items not deposited in the safe (such as glasses, dentures, hearing aids, contact lens, jewelry or money).
- 4. PHOTOGRAPHS/VIDEOS/TAPED THERAPY SESSIONS:** I understand and agree that photographs and/or videos may be taken of me for identification, treatment, security, educational and/or quality improvement purposes. I further agree that all photographs and tapes will remain the property of Banner Health. I will not audiotape, videotape or take pictures of other patients and will not audiotape, videotape or take pictures of Banner Health staff without their permission.
- 5. TEACHING PROGRAM:** The hospital participates in training programs for physicians and health care personnel. Some patient services may be provided by persons in training under the supervision and instruction of physicians or hospital employees. These persons in training may also observe care given to the patient by physicians and hospital employees.
- 6. RELEASE OF INFORMATION:** The patient acknowledges and understands that the hospital utilizes an electronic record, and that treatment from Banner facilities is integrated into one record. The patient agrees that medical and/or financial records (including information regarding genetics, alcohol or drug abuse, HIV related or other communicable disease related information) may be released without consent to the following:
 - A. Health care providers who are providing or have provided health care to the patient; health care providers, including doctors and other care providers, who are contacted for treatment purposes, including providers of post discharge services; any individual or entity responsible for payment of hospital's or other provider's charges; to health care providers or organizations accrediting the facility or conducting utilization review, quality assurance, or peer review; and to the hospital's and provider's legal representatives and professional liability carriers.

**ACUERDO DE INGRESO Y TRATAMIENTO
CONDITION OF ADMISSION AND TREATMENT**

- B. A personas y organizaciones que participan en educación e investigación médica, siempre y cuando la información se divulgue únicamente para usarse en investigación y estudios médicos sin identificar al paciente.
 - C. Los expedientes del paciente de cualquier centro contratado por Banner pueden ser proporcionados a la Comisión de Seguridad en Productos para el Consumidor con el objetivo de investigar lesiones relacionadas con un producto y para el desarrollo de productos más seguros.
 - D. A las personas y organizaciones especificados en las leyes federales y estatales o en la Notificación de Prácticas de Privacidad del hospital. La divulgación continuará siempre y cuando que los expedientes médicos o financieros se necesiten para cualquiera de los propósitos indicados antes.
7. **CONTRABANDO:** No puede traer al hospital drogas, alcohol, armas y otros artículos determinados como contrabando. Cualquier sustancia ilegal será confiscada y entregada a las autoridades policíacas. Si sospechamos la presencia de contrabando, el cuarto y los bienes del paciente pueden ser registrados y los visitantes también pueden ser registrados antes de visitar al paciente.

RECONOCIMIENTOS

Acuso el recibo o recibí anteriormente y decliné recibir otra copia de:

Iniciales

Notificación de Prácticas de Seguridad der Banner Health / Derechos y Responsabilidades del Paciente / Programa para dejar de Fumar.

Iniciales

Si corresponde en el estado donde recibo la atención médica, acuso el recibo y que leí y entendí la información sobre el intercambio estatal o regional de información médica y de salud o que me dieron esta información anteriormente y que decliné recibir otra copia.

Iniciales

Reconozco que me notificaron sobre la información que será incluida en el directorio del hospital y que accedo a la divulgación del nombre del paciente, número de cuarto, y teléfono del cuarto a las personas que llamen y a los visitantes que pregunten por el paciente por su nombre.

ACUERDO

Leí y entendí este acuerdo para recibir tratamiento médico. Yo, soy el paciente o el padre del paciente menor de edad, o el representante legal del paciente y estoy autorizado para actuar a nombre del paciente para firmar este acuerdo.

Paciente o representante autorizado

Relación

Número de identificación del testigo

Fecha y hora

Firma del Segundo testigo (si es necesaria)

CONDITION OF ADMISSION AND TREATMENT

- B. Individuals and organizations engaged in medical education and research, provided that information may only be released for use in medical studies and research without patient identifying information.
- C. Patient records provided at any contracted Banner facility may be provided to the Consumer Product Safety Commission for the purpose of investigating product related injuries and developing safer products.
- D. Individuals and entities as specified by federal and state law and /or in the hospital's Notice of Privacy Practices.

The Release shall continue for so long as the medical and /or financial records are needed for any of the above-stated purposes.

- 7. **CONTRABAND:** Drugs, alcohol, weapons and other articles specified as contraband by the hospital may not be brought onto the hospital premises. Any illegal substance will be confiscated and turned over to law enforcement authorities. If the presence of contraband is suspected, the patient's room and belongings may be searched, and visitors may be searched before visitation.

ACKNOWLEDGMENTS

I acknowledge receipt of or I have previously received and decline another copy of the:

^{Initial} **Notice of Privacy Practices for Banner Health / Patient Rights & Responsibilities / Smoking Cessation**

^{Initial} If applicable in the state where I am receiving care, I acknowledge receipt, and have read and understood the information regarding the State/Regional Health Information Exchange/ CommonWell or I previously received this information and decline another copy.

^{Initial} I acknowledge that I have been informed about the information to be included in the facility directory and agree to the release of the patient's name, room number, and room phone number except for behavioral health patients to callers and visitors who ask for the patient by name.

AGREEMENT

I have read and understand this Medical Treatment Agreement. I am the patient, the parent of a minor child, or the legal representative of the patient and am authorized to act on the patient's behalf to sign this agreement.

Patient/Authorized Representative

Relationship

Witness ID Number

Date/Time

2nd Witness Signature (if needed)