



**ACUERDO PARA RECIBIR SERVICIOS EN
INSTALACIONES DE SCRIPPS**
AGREEMENT FOR SERVICES AT A SCRIPPS FACILITY

HERNANDEZ - RODRIQUE, ROY A
MRN:701977362 DOB: 02/18/1985 M/33
05/11/18 ED ACCT:103024853
JOST, PETER FREDERICK MD
SCRIPPS MERCY HOSPITAL, CHULA VISTA

10. Derechos de los/las pacientes: Reconozco que recibí los *Derechos y responsabilidades de los/las pacientes de Scripps* y me han preguntado si deseo que se le entregue una copia a mi representante. En caso afirmativo, proporcíenme una dirección de correo electrónico a continuación. Rechazo

Nombre: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Staff initials: _____

11. Directivas anticipadas: Reconozco que recibí la declaración y la información sobre la política de Scripps: Su derecho a tomar decisiones acerca de la atención médica y se me recomendó hablar con mi enfermero/a o médico si tengo preguntas. Comprendo que si poseo alguna Directiva anticipada es mi responsabilidad brindarle una copia al hospital.

Copia no proporcionada Copia proporcionada Staff initials: _____

12. Objetos de valor del/ de la paciente: Comprendo que el Centro cuenta con una caja de seguridad para el dinero y los objetos de valor y que el Centro no se responsabiliza por los daños, la pérdida o el robo de objetos personales, salvo que los deposite en la caja de seguridad del Centro. La responsabilidad con la que el Centro se compromete respecto de los objetos personales depositados no excederá los quinientos (\$500.00) dólares.

Para pacientes que serán hospitalizados o que puedan ser admitidos

13. Publicación de la información de directorio del/de la paciente: Salvo que abajo se indique lo contrario, acepto que el Centro puede reconocer la presencia y divulgar la información respecto de mi ubicación y cuadro clínico (bueno, regular, grave crítico) a cualquiera que pregunte por mi persona. Los/Las pacientes admitidos/as en las unidades de salud conductual o de dependencia química quedan excluidos de manera automática del directorio. Si no desea que se le incluya en el Directorio de pacientes, indíquelo colocando las iniciales debajo:
Información de directorio, no divulgar _____ (iniciales)

14. Notificación para mi representante: Si me admiten en el hospital, deseo que se notifique a un familiar o a mi representante. Rechazo, Name provided: _____
Phone: _____ Notified: Date: _____ Time: _____ Staff initials: _____

15. Notificación para mi médico: Si me admiten en el hospital, deseo que se notifique a mi médico. Rechazo, Name provided: Dr. _____
Phone: _____ Notified: Date: _____ Time: _____ Staff initials: _____
Acepto que mi médico pueda recibir información clínica acerca de mi admisión de parte del médico que lleva a cabo mi tratamiento durante el período de hospitalización.

Certifico que he leído la información anterior y se ha ofrecido una copia. Yo soy el paciente o estoy firmando en nombre del paciente. Nota: Una persona que firma en nombre de la paciente puede no tener la responsabilidad financiera para el tratamiento del paciente.

Unable to sign due to PT is handcuffed 5/11/18 9:30 AM/PM
Firma: Paciente / Representante Nombre Impreso Fecha/Hora

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____
Signature of Witness Printed Name Date/Time

Interpreter: _____ AM / PM
ID Code or Signature / Printed Name Date/Time



3ADM



ADM 100-8560-711SW