



## CONDICIONES DE INGRESO

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** El/la que suscribe presta su consentimiento para la realización de toda la atención y el tratamiento médico de rutina (por ejemplo, procesos de laboratorio, exámenes radiográficos, anestesia local, terapias, etc.) que puedan realizarse como paciente ambulatorio/a o externo/a de acuerdo con la instrucción del prestador/de la prestadora participante para cada paciente. Presto mi consentimiento para que Barton Health, sus proveedores y representantes, incluso los cobradores, puedan realizar llamadas a mi número de teléfono celular indicado o a mi teléfono residencial con el uso de cualquier tipo de voz artificial o voz pregrabada, mensaje de texto o tecnologías de marcador automático para cualquier fin permitido. (\_\_\_\_\_) Firme con sus iniciales.

**OBLIGACIÓN FINANCIERA, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AVISO POR GASTOS POR INTERESES:** Comprendo que soy responsable de todos los gastos incurridos. Autorizo a que todos los beneficios de seguro sean pagados directamente a TCVMG o Barton Health por los servicios prestados. Si mi seguro no cubre todos los gastos, acuerdo pagar cualquier diferencia, a pedido. Si mi cuenta se asigna a un/a abogado/a o a una agencia de cobranzas para su cobro, deberé pagar todos los gastos de cobranza correspondientes, incluso los honorarios de abogado/a. Todas las cuentas pendientes están sujetas a una tasa de interés conforme a lo permitido bajo las leyes vigentes.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** El/la que suscribe acuerda que, en la medida que sea necesario para determinar la responsabilidad por el pago y obtener un reembolso, la organización puede divulgar partes del registro del/de la paciente, incluso sus registros médicos, a toda persona o sociedad que sea o pueda ser responsable, por todo o cualquier parte de los gastos del hospital, incluso, entre otros, las compañías de seguro, planes de servicio de atención de salud o empresas de seguros de indemnización laboral. A fin de coordinar la atención médica con mi médico/a de atención primaria o fuente de derivación, autorizo por la presente a divulgar mi información médica.

**OTRAS FACTURAS:** Los/las pacientes también pueden recibir facturas separadas del radiólogo/de la radióloga, el patólogo/la patóloga, los médicos/las médicas y los servicios de ambulancia.

**PROP 65:** Los productos utilizados en esta instalación contienen sustancias químicas que el Estado de California reconoce podrían producir cáncer, defectos de nacimiento y daños en el sistema reproductor.

**NOTIFICACIÓN:** El/la que suscribe certifica que él/ella recibió las instrucciones sobre cómo debe informar las dudas relativas a los temas de atención, tratamiento, servicios y seguridad del paciente/la paciente al llamar a Administración de Riesgos de Barton Memorial al 530-543-5845 o al Departamento de Servicios de Salud Pública de California al 916-263-5800.

**ALERTA DE SEGURIDAD PARA NIÑOS:** Es ilegal transportar a un/a niño/a menor de 8 años o con una estatura inferior a 4 pies y 9 pulgadas en un vehículo sin usar un asiento de seguridad con la correspondiente aprobación federal.

**AUTORIZACIÓN:** El/la que suscribe certifica que ha leído lo anterior, recibió una copia del presente y es el/la paciente, el representante/la representante legal del/la paciente o está debidamente autorizado/a por el/la paciente como apoderado/a general del paciente/la paciente para celebrar lo anterior y acepta sus términos y condiciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Tutora/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Relación/parentesco