



**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE
SERVICIO**

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: Solicito y acepto recibir todos los servicios prestados por los profesionales de atención médica autorizados para atenderme en OHSU. Comprendo que estos servicios pueden incluir:

- Servicios provistos bajo la supervisión, dirección o instrucción de los médicos tratantes y otros profesionales de atención médica autorizados.
- Procedimientos de rutina utilizados para el diagnóstico.
- Tratamientos y procedimientos adicionales o relacionados que los proveedores de OHSU determinen necesarios o convenientes para mí, lo que incluye el uso de fotografías, monitoreo por video/audio o grabaciones.
- Servicios digitales y de telesalud, incluyendo consultas virtuales (por video), evaluaciones en línea (por ejemplo, consultas electrónicas [eVisits], mensajes por MyChart), consultas telefónicas, consultas entre proveedores mediante eConsult o por teléfono para ayudar con la atención, y otros servicios que se presten por MyChart, el expediente médico electrónico, por video o por teléfono.

También comprendo lo siguiente:

- Puede haber riesgos y alternativas a un tratamiento o procedimiento particulares que mi proveedor de atención médica recomiende u ordene.
- El proveedor de atención médica puede explicar y analizar conmigo determinados tratamientos o procedimientos. Dicho proveedor también puede pedir mi consentimiento antes de realizarlos.
- Es importante para mí hacer preguntas o pedir más información sobre la atención o el tratamiento que pueda recibir en OHSU.

Comprendo que la práctica de la medicina, la cirugía y la odontología no es una ciencia exacta. No he recibido ninguna promesa ni garantía sobre los resultados que puedo esperar de la atención en OHSU.

ENSEÑANZA/INVESTIGACIÓN: OHSU es un centro de investigación académica y todos los recursos humanos atraviesan un proceso de revisión ética. Comprendo que los proveedores de atención médica o investigadores clínicos de OHSU pueden contactarme para preguntarme si me gustaría ofrecerme como voluntario para participar en un proyecto educativo o de investigación clínica que requiera consentimiento.

Comprendo que OHSU es una institución de enseñanza, y que los proveedores del personal tratante dirigen la atención provista en OHSU. Como parte de los programas y actividades educativas de OHSU, los estudiantes, médicos residentes, becarios de posgrado u otros involucrados en los programas de educación de atención médica de grado y pasantías pueden observar o participar en la atención o en los procedimientos que reciba en OHSU.

Comprendo que puedo negarme a participar en programas y actividades educativas, y que mi rechazo no afectará la atención que reciba en OHSU.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

ACUERDO FINANCIERO: Si tengo un seguro de salud, comprendo que los términos del seguro de salud o de los planes de beneficios de salud pueden reducir, limitar o controlar lo que yo deba pagar a OHSU por los servicios que reciba en OHSU. Sin importar que tenga o no seguro de salud, acepto ser financieramente responsable y pagar los servicios prestados por OHSU si los servicios no están cubiertos o totalmente pagos por el seguro y la ley permite a OHSU cobrarme el monto adeudado. Si soy el cuidador temporal de un paciente menor de edad (es decir, no soy el padre, la madre ni el tutor legal), no seré responsable de pagar la atención médica que reciba el paciente. También acepto pagar los costos razonables de OHSU por el cobro de pagos si no pago a tiempo los importes que soy responsable de pagar. Estos costos de cobro pueden incluir honorarios razonables de abogados sin importar si se ha iniciado o apelado una acción legal.

CESIÓN: Cedo a OHSU el derecho de recibir pagos de beneficios directamente de mi seguro de salud o plan de salud para el reembolso de servicios del hospital, de los médicos o de otro tipo que reciba en OHSU.

Autorizo a mi seguro de salud y planes de salud a hacer pagos directamente a OHSU, OHSU Hospital, OHSU Practice Plan (Plan de práctica de OHSU), Faculty Dental Practice (Práctica dental del equipo docente) u otros servicios profesionales de facturación relacionados. Comprendo que los pagos de parte de mi seguro o plan de salud por los



**TÉRMINOS Y CONDICIONES DE
SERVICIO**

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

servicios prestados por OHSU se aplicarán a mi saldo de cuenta de paciente y a mi responsabilidad financiera total. Acepto pagar dentro de los 30 días después de la notificación de OHSU cualquier cargo que adeude que no esté cubierto y que no sea abonado por los seguros.

PROGRAMAS DEL SEGURO SOCIAL: Certifico que la información que di al solicitar los beneficios de Medicare o Medicaid (y el pago de acuerdo con los Títulos V, XVIII o XIX de la Social Security Act [Ley de Seguro Social]) es correcta. Si estos beneficios terminan, comprendo que recibiré un aviso y entonces seré responsable de pagar por la atención hospitalaria si decido permanecer en el hospital o seguir recibiendo servicios. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre directamente al proveedor. Si no me he inscrito para ningún beneficio de Medicare o Medicaid (y el pago de beneficios de acuerdo con los Títulos V, XVIII o XIX de la Ley de Seguro Social), acepto que si me inscribo/cuando me inscriba para dichos beneficios, brindaré información precisa y que este párrafo se aplicará a mí una vez que realice la solicitud para los beneficios de Medicare o Medicaid.

OTRO

NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: Comprendo que OHSU recopila información del paciente administrativa y no médica, que incluye números del Seguro Social para identificar a los pacientes, cumplir con los requisitos de informe de las leyes federales y estatales, facturar a las empresas de seguros y cobrar pagos, según lo autoriza ORS 353.050. Comprendo que no tengo que darle a OHSU mi número del Seguro Social. Si proporciono esta información, autorizo a OHSU a usarla para los fines mencionados anteriormente.

EXPOSICIÓN A LA SANGRE/FLUIDOS CORPORALES: Si un miembro de la fuerza laboral de OHSU quedara expuesto a mi sangre o fluidos corporales, y existiera el potencial de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o Hepatitis B o C al miembro de la fuerza laboral de OHSU debido a la exposición, comprendo que OHSU puede obtener y realizar una prueba de mi sangre en busca de VIH y Hepatitis B y C, y divulgar los resultados al miembro de la fuerza laboral de OHSU que estuvo expuesto de acuerdo con la ley vigente. Comprendo que puedo decidir excluirme de dicha prueba firmando el formulario "Exclusión de la prueba de sangre en el caso de la exposición de un trabajador de OHSU a sangre o fluidos corporales". Puedo solicitar una copia de este formulario a Servicios de Acceso a Pacientes llamando al 503-494-8927.

RECLAMOS: Comprendo que cada persona es responsable de estar informada sobre las leyes que la afectan. Sin embargo, también comprendo que OHSU desea advertirme sobre una limitación en la ley que se aplica a OHSU.

Debido a que OHSU es un organismo público, la ley de Oregón puede limitar el monto en dólares que una persona puede recuperar de OHSU o sus cuidadores por un reclamo relacionado con la atención en OHSU, y el tiempo que tiene una persona para presentar un reclamo. Si tengo alguna pregunta sobre esto, comprendo que soy libre de pedir o buscar el consejo de cualquier persona o fuente independiente.

COMUNICACIÓN: Acepto expresamente recibir comunicaciones de OHSU, sus empleados, contratistas o agentes a través de uno o más de los siguientes métodos de contacto: correo postal, teléfono (es decir: línea fija o línea móvil), entrega personal, OHSU MyChart® (es decir, en caso de haberse inscrito para el servicio), marcado manual, marcado automático, mensajes de texto, operador en persona, mensajes de texto automáticos, correo electrónico, audio-video bidireccional y métodos de marcado pregrabado y predictivo para fines de tratamiento, operaciones de pago y atención médica, según lo permita el Aviso de prácticas de privacidad de OHSU y las leyes correspondientes de privacidad y seguridad de la información.

PERTENENCIAS PERSONALES: Acepto que OHSU no es responsable de perder ni de dañar ninguna pertenencia que lleve a OHSU o a la propiedad de OHSU.

Este documento se aplica a toda la atención recibida en los hospitales y clínicas de OHSU y permanecerá en vigencia a menos que se revoque por escrito.

HE LEÍDO, COMPRENDO POR COMPLETO Y ACEPTO LAS DECLARACIONES ANTERIORES.

Paciente

Fecha/Hora

Padre, tutor, persona responsable,
Representante legal (si corresponde)

Fecha/Hora

Testigo

Fecha/Hora

Spanish Version

Inclusive Patient Care and Communication

OHSU IS COMMITTED TO PROVIDING INCLUSIVE PATIENT CARE.

OHSU complies with applicable state and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of:

- Race
- National origin
- Disability; or
- Color
- Age
- Sex.

WE ARE HAPPY TO HELP YOU WITH COMMUNICATION AIDS AND LANGUAGE ACCESS.

OHSU provides free auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats)

OHSU also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact your care provider's office. They will make the language services arrangements for you. OHSU offers free language services in over 120 languages.

WE ARE HERE TO HELP YOU WITH YOUR CONCERNS.

If you believe that OHSU has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance in writing with the Patient Advocate at the Patient Relations

Office, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Mail Code: UHS-3, Portland OR 97239, Phone: 503-494-7959, Fax: 503-494-3495, Email: advocate@ohsu.edu. You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, the Patient Advocate is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

LANGUAGE SERVICES NOTIFICATION: TRANSLATIONS FOR MOST-SPOKEN LANGUAGES IN OREGON.

Language assistance services (in person, live over the phone or live video) are available to you free of charge upon request. Please let your provider's office staff know that you need language services for your visit.

English

If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call your care provider's office and they are happy to make the language services arrangements for you.

Español (Spanish)

Si usted habla español, contamos con servicios de asistencia de idiomas, sin costo, disponibles para usted. Si necesita estos servicios, comuníquese al consultorio de su proveedor de atención médica. Ellos gustosamente coordinarán los servicios de idiomas para usted.

Tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn dành cho bạn. Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên lạc văn phòng của bác sĩ chăm sóc của bạn. Họ sẽ sẵn sàng thu xếp các dịch vụ ngôn ngữ cho bạn.

中文(Chinese-Simplified)

如果您说中文，可为您提供免费的语言援助服务。如果您需要这些服务，请联系您保健提供者的办公室。他们将乐意为您安排语言服务。

Русский (Russian)

Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Если вам требуются такие услуги, обратитесь в офис своего поставщика медицинских услуг. Сотрудники с радостью предоставят вам переводчика!

한국어 (Korean)

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이 서비스가 필요하시면 귀하의 의료 제공자 사무실에 연락하십시오. 귀하를 위해 기꺼이 언어 서비스를 준비해드릴 것입니다.

Українська (Ukrainian)

Якщо ви розмовляєте українською мовою, послуги мовної допомоги доступні для вас безкоштовно. Якщо вам потрібні ці послуги, зв'яжіться з офісом вашого постачальника послуг. Вони будуть раді надати вам послуги мовної допомоги.

日本語 (Japanese)

あなたの母語が日本語であれば、言語サポートサービスを無料にてご用意しています。サービスをご希望の場合には、あなたのケアプロバイダ一事務所までご連絡ください。喜んで言語サポートサービスの手配をいたします。

العربية (Arabic)

إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. إذا كنت تحتاج إلى هذه الخدمات، فانتقل بمكتب مقدم الرعاية الخاص بك. سيكون الموظفون هناك سعداء بإجراء الترتيبات المتعلقة بالخدمات اللغوية من أجلك.

Română (Romanian)

Dacă vorbiți română, puteți beneficia de asistență lingvistică gratuită. Dacă aveți nevoie de astfel de servicii, luați legătura cu biroul furnizorului dvs. de servicii medicale. Reprezentanții acestuia vă vor ajuta cu plăcere să beneficiați de asistență lingvistică.

មន-ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)

ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ, ភាសាខ្មែរ នោះសមាជិកនិយមន័យភាសាមានជំនាញជូនលោកអ្នកជាយកគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកត់សម្រេចថាមាន: សូមជំនាក់ជំនួងថវិកាសំណើយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការថែទាំរបស់លោកអ្នក។ ពួកគេពេញចិត្តក្នុងការរៀបចំសេវាជូនភាសាផ្តល់ជូនសម្រាប់លោកអ្នក។

Oroomiffa (Oromo)

Afaan Kuush (Oromoo), dubbattu yoo ta'e, tajaajjilliwwan deeggarsa afaanii, kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jiraatu. Tajaallawwan kanneen ni barbaaddu yoo ta'e, wajjira dhiyeessaa deeggarsa keessanii qunnamaa. Isaan gammachuudhaan tajaajjilawwan afaanii isiniif mijjeessu.

Deutsch (German)

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Wenn Sie diese Dienste in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte an das Büro Ihres Leistungserbringers. Dort wird man die Sprachassistentendienste gerne für Sie arrangieren.

فارسی (Farsi)

اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شما خواهد بود. اگر به این سرویس ها نیاز دارید، با دفتر ارائه دهنده خدمات تماس بگیرید. آنها حتماً مقدمات لازم را برای دسترسی به سرویس های زبانی در اختیاران قرار می دهند.

Français (French)

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique gratuits sont à votre disposition. Si vous nécessitez ces services, contactez le cabinet de votre prestataire de soins. Ils se feront un plaisir d'organiser ces services linguistiques pour vous.

ไทย (Thai)

หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการช่วยเหลือเหลือจากด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากท่านต้องการใช้บริการดังกล่าวโปรดติดต่อสำนักงานผู้ให้บริการดูแล ซึ่งพร้อมที่จะอำนวยความสะดวกทางด้านภาษาให้ท่าน

