



Servicios y Consentimiento Informado de Tratamiento

Conditions of Service and Consent for Treatment

Patient Label

IMPORTANTE: NO FIRME SIN HABER LEÍDO Y COMPRENDIDO EL CONTENIDO DEL PRESENTE FORMULARIO.

En consideración a los servicios proporcionados por Piedmont Healthcare (PHC), el paciente o el representante abajo firmante que actúe en nombre del paciente accede y consiente en lo siguiente:

IMPORTANT: DO NOT SIGN THIS FORM WITHOUT READING AND UNDERSTANDING ITS CONTENTS.

In consideration of services provided by Piedmont Healthcare (PHC), the Patient or undersigned representative acting on behalf of the Patient agrees and consents to the following:

1. Consentimiento a los Tratamientos/Servicios Médicos Rutinarios

El paciente consiente someterse a todos los tratamientos/servicios médicos que consideren necesarios y apropiados tanto el médico que le atienda, como cualquier otro facultativo, miembro del personal médico del PHC que solicite el cuidado y tratamiento del paciente y resto de personal del PHC autorizado. Los tratamientos/servicios médicos estarán a cargo de “profesionales en el cuidado de la salud” (médicos, enfermeras, tecnólogos, técnicos, auxiliares médicos y otros profesionales médicos). El paciente autoriza al médico que le atiende o a otro médico, al personal médico del PHC y al PHC a proporcionar los tratamientos/servicios médicos pedidos o solicitados tanto por los médicos encargados como por cualquier otro que actúe en su lugar o que les pudiera sustituir. **Dentro del consentimiento a recibir los “tratamientos/servicios médicos” se incluyen, si bien no se limitan: el cuidado en el hospital, reconocimientos (con rayos x u otros), pruebas en laboratorio, medicamentos, inyecciones intravenosas, transfusiones de sangre y de productos sanguíneos, medicamentos, suministros médicos, anestias, tratamientos médicos y quirúrgicos, radioterapia, grabación/filmación para uso interno (es decir, identificación, diagnóstico, tratamiento, mejoras de actuación y rendimiento, formación, seguridad, protección) y otros servicios al paciente.** En algunos casos el PHC puede decidir que el paciente debe proporcionar muestras sanguíneas para la realización de pruebas en interés de la seguridad de aquellos con los que el paciente pueda entrar en contacto; el paciente consiente en la retirada y en la realización de pruebas de su sangre y de su análisis así como en la revelación de la información sobre las pruebas cuando sea necesario para salvaguardar la seguridad de terceras personas.

1. Consent to Routine Medical Treatment/Services

Patient consents to the rendering of Medical Treatment/Services as considered necessary and appropriate by the attending physician or other practitioner, a member of the PHC medical staff who has requested care and treatment of Patient, and others with staff privileges at PHC. Medical Treatment/Services may be performed by "Healthcare Professionals" (physicians, nurses, technologists, technicians, physician assistants or other healthcare professionals). Patient authorizes the attending or other practitioner, the medical staff of PHC and PHC to provide Medical Treatment/Services ordered or requested by attending or other practitioner and those acting in his or her place. **The consent to receive “Medical Treatment/Services” includes, but is not limited to: hospital care; examinations (x-ray or otherwise); laboratory procedures; medications; infusions; transfusions of blood and blood products; drugs; supplies; anesthesia; surgical procedures and medical treatments; radiation therapy; recording/filming for internal purposes (i.e. identification, diagnosis, treatment, performance improvement, education, safety, security) and other services which Patient may receive.** In the event PHC determines that Patient should provide blood specimens for testing purposes in the interest of the safety of those with whom Patient may come in contact; Patient consents to the withdrawing and testing of Patient's blood and to the release of test information where this is deemed appropriate for the safety of others.

2. Relación Legal entre el Hospital y el Médico

Algunos profesionales médicos que trabajan y ofrecen sus servicios en los hospitales del PHC son médicos independientes contratados y no agentes o empleados del PHC. Como tal son responsables de sus propios actos no pudiendo el PHC ser responsable de los actos u omisiones de tales empleados independientes.

2. Legal Relationship between Hospital and Physician

Some of the health care professionals performing services at PHC hospitals are independent contractors and are not PHC agents or employees. Independent contractors are responsible from their own actions and PHC shall not be liable for the acts or omissions of any such independent contractors.

3. Explicación de los Riesgos y Alternativas al Tratamiento

El paciente reconoce que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y como tal **NO SE PUEDEN OFRECER GARANTÍAS NI PROMESAS AL PACIENTE** en lo relativo al resultado y/o al resultado de ninguno de los **tratamientos/servicios médicos**. Aunque se realicen de forma rutinaria sin incidentes, todo **tratamiento/servicio médico** puede derivar riesgos materiales asociados. El paciente reconoce que no es posible enumerar todos los riesgos de cada **tratamiento/servicio médico** y que el presente formulario solo intenta identificar los riesgos materiales más comunes y las alternativas (de haberlas) asociadas con el **tratamiento/servicio médico**. El paciente también comprende que varios profesionales en el cuidado de la salud pueden tener opiniones encontradas o distintas opiniones sobre lo que pueden ser riesgos materiales y alternativas al **tratamiento/servicio médico**. **Con la firma del presente formulario:**

El paciente accede a la realización por parte de profesionales en el cuidado de la salud de los **tratamientos/servicios médicos** que pudieran juzgar/considerar necesario o deseable en el ejercicio de su opinión profesional, incluyendo **aquellos tratamientos/servicios médicos que en el momento de la firma de este consentimiento sean imprevistos o considerados no necesarios**; y el paciente reconoce que ha sido informado en términos generales de la naturaleza y propósito de los **tratamientos/servicios médicos**; de los riesgos materiales de los **tratamientos/servicios médicos** y de las alternativas prácticas a los **tratamientos/servicios médicos**.

Los **tratamientos/servicios médicos** pueden incluir pero no limitarse a los siguientes:

- a). **Pinchazos con Agujas**, como inyecciones, líneas intravenosas o inyecciones intravenosas (IVs). Los riesgos materiales asociados con este tipo de tratamientos incluyen, si bien no se limitan a, daño en los nervios, infecciones, infiltraciones (es decir, goteo de líquido en el tejido circundante), feas cicatrices, pérdida de funciones en las extremidades, parálisis, parálisis parcial o la muerte. Como alternativas a estos pinchazos con aguja (cuando están disponibles) se incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o medicamentos de uso tópico (pudiendo ser cada uno de los nombrados menos eficaz).

- b). **Pruebas Físicas, Evaluaciones y Tratamientos** tales como señales vitales, evaluaciones corporales internas, limpieza de heridas, vendaje de heridas, pruebas para medir el alcance de los movimientos y otros tratamientos similares. Los riesgos materiales asociados con este tipo de tratamientos incluyen sin bien no se limitan a, reacciones alérgicas, infecciones, grave pérdida de sangre, heridas musculoesqueléticas o internas, daño en los nervios, pérdida de la función de las extremidades, parálisis o parálisis parcial, cicatrices feas, empeoramiento en el estado de salud o la muerte. La única alternativa práctica existente en estos casos es el uso de tratamientos modificados.
- c). **Toma de Medicamentos** por la vía apropiada, ya sea oral, rectal, tópica o a través de los ojos, oídos y fosas nasales del paciente, etc. Los riesgos materiales de este tratamiento incluyen, si bien no se limitan a, perforación, pinchazo, infección, reacción alérgica, daño cerebral o muerte. Aparte de variar la forma de suministrar el medicamento no se conoce otra alternativa práctica.
- d). **Extracción de Sangre, Líquidos Corporales o Pruebas de Tejido** tales como las realizadas para las pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos materiales de este tratamiento incluyen, si bien no se limitan a parálisis o parálisis parcial, daño en los nervios, infección, sangrado y pérdida de la función de las extremidades. La única alternativa práctica existente es la observación a largo plazo.
- e). **Introducción Interna de Tubos** como los cateterismos urinarios, las sondas nasogástricas, sondas rectales, tubos de drenaje, enemas, etc. Los riesgos materiales de este tratamiento incluyen, si bien no se limitan a heridas internas, sangrado, infección, reacción alérgica, pérdida de control de la vejiga y/o dificultad al orinar tras la retirada del catéter. La única alternativa práctica existente es la colocación de aparatos externos.
- f). **Estudios Radiológicos** como los rayos X, tomografías computadorizadas (CT Scan) o resonancias magnéticas (MRI). Los riesgos materiales de este tratamiento incluyen, si bien no se limitan a la exposición radioactiva.

Si un paciente tiene cualquier pregunta o consulta sobre estos **tratamientos/servicios médicos** haga que el proveedor que atiende al paciente le proporcione información adicional. El paciente entiende que el proveedor que le atiende u otro le pida firmar un consentimiento informado adicional relativo a estos u otros **tratamientos/servicios médicos**.

3. Explanation of Risk and Treatment Alternatives

Patient acknowledges that the practice of medicine is not an exact science and that **NO GUARANTEES OR ASSURANCES HAVE BEEN MADE TO THE PATIENT** concerning the outcome and/or result of any **Medical Treatment/Services**. While routinely performed without incident, there may be material risks associated with each of these **Medical Treatment/Services**. Patient understands that it is not possible to list every risk for every **Medical Treatment/Services** and that this form only attempts to identify the most common material risks and the alternatives (if any) associated with the **Medical Treatment/Services**. Patient also understands that various Healthcare Professionals may have differing opinions as to what constitutes material risks and alternative **Medical Treatment/Services**. **By signing this form:** Patient consents to Healthcare Professionals performing **Medical Treatment/Services** as they may deem reasonably necessary or desirable in the exercise of their professional judgment, **including those Medical Treatment/Services that may be unforeseen or not known to be needed at the time this consent is obtained;** and Patient acknowledges that Patient has been informed in general terms of the nature and purpose of the **Medical Treatment/Services**; the material risks of the **Medical Treatment/Services** and practical alternatives to the **Medical Treatment/Services**.

The **Medical Treatment/Services** may include, but are not limited to the following:

- a). **Needle Sticks**, such as shots, injections, intravenous lines or intravenous injections (IVs). The material risks associated with these types of Procedures include, but are not limited to, nerve damage, infection, infiltration (which is fluid leakage into surrounding tissue), disfiguring scar, loss of limb function, paralysis or partial paralysis or death. Alternatives to Needle Sticks (if available) include oral, rectal, nasal or topical medications (each of which may be less effective).
- b). **Physical Tests, Assessments and Treatments** such as vital signs, internal body examinations, wound cleansing, wound dressing, range of motion checks and other similar procedures. The material risks associated with these types of Procedures include, but are not limited to, allergic reactions, infection, severe loss of blood, muscular-skeletal or internal injuries, nerve damage, loss of limb function, paralysis or partial paralysis, disfiguring scar, worsening of the condition and death. Apart from using modified Procedures, no practical alternatives exist.
- c). **Administration of Medications** via appropriate route whether orally, rectally, topically or through Patient's eyes, ears or nostrils, etc. The material risks associated with these types of Procedures include, but are not limited to, perforation, puncture, infection, allergic reaction, brain damage or death. Apart from varying the method of administration, no practical alternatives exist.
- d). **Drawing Blood, Bodily Fluids or Tissue Samples** such as that done for laboratory testing and analysis. The material risks associated with this type of Procedure include, but are not limited to, paralysis or partial paralysis, nerve damage, infection, bleeding and loss of limb function. Apart from long-term observation, no practical alternatives exist.
- e). **Insertion of Internal Tubes** such as bladder catheterizations, nasogastric tubes, rectal tubes, drainage tubes, enemas, etc. The material risks associated with these types of Procedures include, but are not limited to, internal injuries, bleeding, infection, allergic reaction, loss of bladder control and/or difficulty urinating after catheter removal. Apart from external collection devices, no practical alternatives exist.
- f). **Radiological Studies** such as X-rays, CT scans or MRI scans. The material risks associated with these types of Procedures include, but are not limited to, radiation exposure.

If Patient has any questions or concerns regarding these **Medical Treatment/Services**, Patient will ask Patient's attending provider to provide Patient with additional information. Patient also understands that Patient's attending or other provider may ask Patient to sign additional informed consent documents concerning these or other **Medical Treatment/Services**.

4. Emergencia y Servicios Laborales

El paciente reconoce su derecho a que un médico u otro profesional médico cualificado le realice un examen médico apropiado para determinar si el paciente sufre o se encuentra en una situación médica de emergencia, y si fuera el caso a que le ofrezca el tratamiento que le establezca dentro de las capacidades del personal del PHC y de las instalaciones, incluso si el paciente no puede costear estos servicios, no tiene seguro médico o no cuenta con Medicare o Medicaid.

4. Emergency and Labor Services

Patient understands Patient's right to receive an appropriate medical screening exam performed by a doctor, or other qualified medical professional, to determine whether Patient is suffering from an emergency medical condition, and if such a condition exists, stabilizing treatment within the capabilities of the PHC's staff and facilities, even if Patient cannot pay for these services, does not have medical insurance or Patient is not entitled to Medicare or Medicaid.

5. Personal del Cuidado de la Salud en Prácticas

El paciente reconoce que entre los que le atiendan en PHC se encuentran médicos, enfermeras y otro personal dedicado al cuidado de la salud en periodo de formación y que, a menos que se solicite específicamente lo contrario, éstos pueden estar presentes y participar en las actividades del cuidado de la salud como parte de su formación médica. También podrían estar presentes de vez en cuando representantes de productos o aparatos médicos. Con el presente consentimiento accede usted a la presencia y participación de los arriba mencionados según lo crea apropiado el médico que le atienda.

5. Healthcare Practitioners in Training

Patient recognizes that among those who may attend Patient at PHC are medical, nursing and other health care personnel who are in training and who, unless specifically requested otherwise, may be present and participate in patient care activities as part of their medical education. There also may be present from time to time a medical product or medical device representative. Consent is hereby given for the presence and participation of such persons as deemed appropriate by the attending physician.

6. Permanencia en la Zona de Cuidado del Paciente y Monitorización/Grabado/Fotografiado en Circuito Cerrado

El paciente reconoce y entiende que se le recomienda permanecer en la zona de cuidado de pacientes en todo momento para optimizar el cuidado y la seguridad médicos del paciente. Si el paciente decide abandonar la zona por motivos no relacionados con el tratamiento, asume cualquier responsabilidad en caso de incidentes, accidentes, percances o daños, incluyendo deterioro del estado del paciente que pudiera ocurrirle. El paciente accede a no culpar al PHC ni a los profesionales de salud por los daños que se puedan ocasionar de su decisión de abandonar la zona de pacientes, y el paciente aceptada todas y cada una de las responsabilidades derivadas por tal actuación. El paciente también entiende que la grabación y fotografiado en circuito cerrado del cuidado realizado al paciente se pueden utilizar con motivos educativos/formativos, médicos y/o relacionados con la seguridad.

6. Remaining in Patient Care Area and Closed Circuit Monitoring/Videotaping/Photography

Patient acknowledges and understands that, Patient is advised to remain in the patient care area at all times to optimize Patient's medical care and safety. If Patient chooses to leave the area for reasons that are not treatment related, Patient assumes any and all liability for any incident, accident, misadventure or harm, including deterioration of Patient's condition, which Patient may suffer. Patient agrees to hold PHC, all Healthcare Professionals, harmless for any injury or harm resulting from Patient's decision to leave the patient care area and Patient accepts any and all responsibility for such actions. Patient also understands that closed circuit monitoring, videotaping and photography patient care may be used for educational, clinical purposes and/or safety related purposes.

7. Autorización para Divulgar Información

Según la Política de Privacidad del PHC este está autorizado a utilizar y divulgar la información contenida en el historial del paciente y a hacerlo en la forma que las leyes se lo permitan o le requieran. Entre la información que puede utilizar o divulgar se incluye, entre otros, información sobre enfermedades infecciosas o contagiosas, incluyendo pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH y del SIDA, información o tratamiento por consumo de alcohol y drogas y/o información psicológica o psiquiátrica. El paciente renuncia a cualquier privilegio relativo a dicha información confidencial y con el presente exime a PHC, a sus agentes y empleados de cualquier obligación, responsabilidad, indemnización, demanda y gastos generados por el uso y difusión de la información tal cual se ha autorizado más arriba. Entre los usos permitidos se incluye, entre otros, revelación a aseguradoras, a sus agentes o a terceros pagadores y/o a agencias gubernamentales o de servicios sociales que podrían o querrían pagar por parte de los gastos médicos / hospitalarios en que incurran o que autoricen los representantes del PHC; también a otros proveedores de cuidado médico incluyendo agencias y servicios de la comunidad para cuidados post trasplante encargados por el médico del paciente o a solicitud del paciente o de la familia del paciente o en cualquier forma que permita la ley; a entidades asociadas y adjudicatarias de PHC para la realización de actividades relacionadas con la mejora de la calidad y la evaluación de riesgos. **EL PACIENTE ES CONSCIENTE Y ESTÁ DE ACUERDO CON QUE LOS HISTORIALES MÉDICOS ESTÉN DISPONIBLES PARA TODAS LAS ENTIDADES AFILIADAS DE PHC Y TODOS SUS PROVEEDORES, Y TAMBIÉN PARA OTROS PROVEEDORES NO VINCULADOS CON PHC DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES GENERALES EMANADAS DE UN USO APROPIADO.** Al aceptar el tratamiento y las responsabilidades económicas de dicho tratamiento, el paciente también entiende y acepta que (a) desde el PHC pueden, de vez en cuando, contactar con él/ella por teléfono y/o mensaje de texto a través del número que el paciente haya facilitado al centro o enviar al paciente por correo electrónico información sobre el tratamiento, como por ejemplo la confirmación de una cita o de la realización de una prueba así como recordatorios, cheques, instrucciones previas al ingreso hospitalario, instrucciones previas a la operación, visitas de seguimiento tras el alta, información sobre las recetas, encuestas de Medicare e instrucciones para el cuidado a seguir en casa y que (b) en cualquier momento y registrándose a través del Portal del Paciente de Piedmont MyChart se pueden recibir, cambiar o dejar de recibir estos y otros tipos de comunicaciones de Piedmont.

7. Authorization to Release Information

PHC is authorized to use and release information contained in the patient record as described in the PHC Notice of Privacy Practices and as otherwise permitted or required by law. The information authorized to be used or released will include, but is not limited to, infectious or contagious disease information, including HIV or AIDS-related evaluations, diagnosis or treatment, information about drug or alcohol abuse or treatment of same and/or psychiatric or psychological information. Patient waives any privilege pertaining to such confidential information and hereby releases PHC, its agents and employees from any and all liabilities, responsibilities, damages, claims and expenses arising from the use and release of information as authorized above. Permissible uses and disclosures include, but are not limited to, disclosures to insurance companies, their agents or other third party payors and/or government or social service agencies that may or will pay for any part of the medical/hospital expenses incurred or authorized by representatives of PHC; alternate care providers, including community agencies and services, for post-hospital care, as ordered by Patient's physician or as requested by Patient or Patient's family or as otherwise permitted by law; or PHC affiliates and contractors for PHC operations purposes, such as quality improvement, compliance and risk assessment activities. **PATIENT ACKNOWLEDGES AND AGREES THAT PATIENT'S RECORDS WILL BE AVAILABLE TO ALL PHC AFFILIATED ENTITIES AND PROVIDERS, AND TO NON-PHC AFFILIATED REFERRING PROVIDERS IN COMPLIANCE WITH THE PROVISIONS OF MEANINGFUL USE.** By consenting to treatment and accepting financial responsibility for any such treatment, Patient also understands and acknowledges that (a) PHC, from time-to-time, may call and/or text the cell number Patient has provided or email treatment-related information to Patient, such as appointment and exam confirmations and reminders, wellness checkups, hospital pre-registration instructions, pre-operative instructions, post-discharge follow-up, prescription notifications, Medicare-required surveys, and home healthcare instructions and (b) Patient's preferences to receive, change or stop these and other types of communications from Piedmont may be done by logging into the Piedmont MyChart Patient Portal at any time.

8. Derechos del Paciente y Objetos de Valor Personales

El paciente entiende que ha recibido una copia de los derechos del paciente y que ha comprobado la veracidad de la información utilizada durante el ingreso. El PHC no será responsable por la pérdida o daño de cualquier pertenencia incluyendo pero no limitándose a, dinero, móviles, portátiles, aparatos electrónicos, joyas, audífonos, ordenadores, dentaduras, a menos que estén aseguradas apropiadamente y colocadas bajo custodia del hospital.

8. Patient Rights and Personal Valuables

Patient acknowledges that Patient has received a copy of Patient Rights and has verified the information utilized during this registration and confirms its accuracy. PHC shall not be liable for the loss or damage of any personal belongings, including but not limited to money, cell phones, laptops, electronic devices, jewelry, hearing aids, computers or dentures, unless properly secured and placed within the hospital safe.

9. Periodo y Aplicación del Consentimiento

Los consentimientos arriba indicados serán aplicables a todos los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios que hagan servicio hospitalario, además de para todos aquellos servicios ambulatorios procedentes de oficinas médicas. En relación a los pacientes hospitalarios ingresados, incluyendo a los bebés recién nacidos y a los de cuidado prenatal en cualquiera de los afilados de Piedmont, los consentimientos deberán de ser válidos por un periodo de 30 días a partir de la firma del presente consentimiento o bien durante el periodo de tiempo durante el cuál el paciente esté ingresado en el hospital por tal propósito, aquella de las dos que presente una mayor perduración en el tiempo. Para pacientes ambulatorios, los consentimientos a los que hacemos referencia con anterioridad serán válidos durante un periodo de tiempo de 30 días a partir de la firma del mismo, teniendo en cuenta sin embargo que si tales visitas se producen por medio de una serie de visitas consecutivas, los consentimientos serán entonces válidos por un periodo de duración de de un año (1) a partir de la firma del mismo. Para todos aquellos servicios ambulatorios o procedentes de oficinas médicas, los consentimientos en cuestión serán válidos por un periodo de un año (1) a partir de la firma del mismo.

9. Consent Timeframe and Applicability

The above consents are applicable to all inpatient and outpatient hospital-based services, as well as all ambulatory and physician office based services. With respect to inpatient hospital based services, including infants delivered and newborn care at any PHC affiliate, the consents shall be valid for a period of 30 days from the date of signature below or for the period of time Patient is confined in the hospital for a particular purpose, whichever is greater. For outpatient-based hospital services, the above consents are valid for a period of 30 days from the date of signature below; provided, however, that if outpatient hospital-based services are provided through serial visits, the above consents will be valid for a term of one (1) year from the date of signature below. For all ambulatory or physician office based services, the above consents are valid for a period of one (1) year from the date of signature below.

Validez del formulario

El paciente reconoce que se puede utilizar una copia o versión electrónica de este documento siendo tan válido como el original.

El paciente entiende que los profesionales del cuidado de la salud que participan en el cuidado del paciente se remitirán al historial médico documentado del paciente así como a cualquier otra información obtenida del paciente, de su familia o de cualquier otro que le conozca, para poder decidir cómo realizar o para recomendar los tratamientos, por lo que el paciente accede a proporcionar información completa y precisa sobre su historial médico y su estado de salud.

El paciente confirma que ha leído, entendido y aceptado los términos de este documento y que el que firma es el paciente, su representante legal o que está debidamente autorizado por el paciente como su agente general, para ejecutar lo arriba mencionado y aceptar estos términos.

Validity of Form

Patient acknowledges that a copy, or an electronic version of this document may be used in place of and is as valid as the original.

Patient understands that the Healthcare Professionals participating in the Patient's care will rely on Patient's documented medical history, as well as other information obtained from Patient, Patient's family or others having knowledge about Patient, in determining whether to perform or recommend the Procedures; therefore, Patient agrees to provide accurate and complete information about Patient's medical history and conditions.

Patient confirms that Patient has read and understood and accepted the terms of this document and the undersigned is the Patient, the Patient's legal representative or is duly authorized by the Patient as the Patient's general agent to execute the above and accept its terms.

Firma del Paciente/Representante del Paciente
Patient/Patient Representative Signature

Nombre del Paciente **(EN LETRA DE MOLDE)**
Patient Name **(PRINT)**

Fecha
Date

Hora
Time

Relación con el Paciente
Relationship to Patient

Motivo por el que el Paciente no puede firmar
Reason Patient is unable to sign

Firma del Representante del Piedmont
Piedmont Healthcare Representative Signature

Nombre del Representante del Piedmont **(EN LETRA DE MOLDE)**
Piedmont Healthcare Representative Name **(PRINT)**

Fecha
Date

Hora
Time