



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

1. Doy mi consentimiento para el tratamiento médico que se pueda realizar mientras yo sea paciente. Este puede incluir visitas al consultorio, análisis de sangre o procedimientos de laboratorio no complejos, exámenes de rayos X, atención de enfermería, telesalud, visitas electrónicas, servicios de emergencia, servicios médicos y quirúrgicos, y otros servicios que se me brinden bajo la dirección de mi Proveedor, médico tratante o cirujano ("Proveedor"). Entiendo que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que mi tratamiento puede implicar riesgos. Reconozco que no se me han hecho garantías como resultado de mi examen o tratamiento.

: Si mi tratamiento incluye la admisión a un hospital de Adventist Health, entiendo que el personal de enfermería registrado y los auxiliares de enfermería brindan atención de enfermería general y atención ordenada por mi Proveedor. Si deseo atención de enfermería privada, yo (o mi representante legal) acepto hacer tales arreglos.

- a. : Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi Proveedor tratante. La clínica de Adventist Health y su personal son responsables de llevar a cabo sus instrucciones. Mi Proveedor es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para tratamientos médicos específicos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o servicios clínicos que me brinden bajo sus instrucciones generales o especiales.

Muchos Proveedores, incluidos, entre otros, radiólogos, patólogos, médicos de emergencia, anestesiólogos, cardiólogos, cirujanos, hospitalistas y algunos enfermeros facultativos y auxiliares médicos que me brindan servicios, NO son empleados del hospital de Adventist Health y han recibido el privilegio de utilizar el hospital para el cuidado y tratamiento de sus pacientes. Los Proveedores pueden facturar sus servicios por separado. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi Proveedor. El hospital de Adventist Health y su personal de enfermería son responsables de seguir las instrucciones de mi Proveedor. Entiendo que mi Proveedor es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para tratamientos médicos o quirúrgicos específicos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o servicios hospitalarios que me brinden bajo sus instrucciones generales o especiales.



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

Se me ha informado que, al proporcionar voluntariamente mi número de teléfono o móvil a Adventist Health, doy mi consentimiento expreso y acepto recibir llamadas marcadas automáticamente o pregrabadas, y mensajes de texto SMS de o en nombre de Adventist Health (incluso por agentes, filiales y contratistas independientes de Adventist Health) a ese número. Dichas llamadas y mensajes de texto pueden incluir, por ejemplo, comunicaciones generales de salud tales como recordatorios de citas, instrucciones preoperatorias, resultados de laboratorio, seguimiento posterior al alta e información sobre nuevos servicios y Proveedores en Adventist Health. Además, Adventist Health puede enviarme periódicamente invitaciones por mensaje de texto para participar en encuestas de experiencia del paciente, que siempre son opcionales. También reconozco y acepto expresamente que dichas llamadas y mensajes de texto pueden estar relacionados con notificaciones de facturación, avisos de pago, cobranza de deudas e información promocional sobre nuevos servicios y Proveedores en Adventist Health. Se aplicarán las tarifas estándar de mensajes de texto y datos, según el operador de telefonía celular individual. Además, acepto que cualquier información sobre teléfonos o celulares proporcionada a Adventist Health es verdadera y correcta. También reconozco que las comunicaciones por mensaje de texto pueden no ser siempre completamente seguras y que podrían ser interceptadas por un tercero; asimismo, entiendo que, si comparto mi dispositivo celular con otras personas, es posible que puedan ver mensajes enviados por Adventist Health que quizá contengan información médica protegida. Si no deseo seguir recibiendo llamadas o mensajes de texto SMS, entiendo que tendré la oportunidad de optar por dejar de hacerlo cuando se envíe el mensaje siguiendo las instrucciones correspondientes en el mensaje de voz o de texto, o puedo contactar a support@ah.org.



Adventist Health Portland

OSHSU

Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

(503) 782-9235 o al (888) 311-1283. Para cualquier saldo adicional en mis cuentas, el pago vence al recibir la factura. Si no tengo seguro, puedo ser elegible para recibir un descuento de los



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

Soy el paciente.

He sido autorizado por el paciente para firmar en su nombre.

Si usted no es el paciente, indique su relación con él.

Cónyuge

Padre/madre

Representante legal

Persona con poder notarial de atención médica

Garante

Otro (especificar) _____

Witness Signature and Title:

- OR -			
Witness 1 Signature:	Print Name:		
Time:	AM/PM	Title:	Date:
Witness 2 Signature:	Print Name:		

AM/PM	Title:	Date:	Time: