

**ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL
SAN JUAN, PUERTO RICO**

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO
Y/O PROCEDIMIENTO**

Patient Name:

Hospital No.:

Physician:

Yo, autorizo al Dr. _____ y / otros proveedores de servicios cualificados a llevar a cabo cualquier tratamiento y servicio que considere necesario o recomendable. Autorizo a todos los servicios médicos y hospitalarios ordenados durante mi estadía en el hospital. Este consentimiento incluye pruebas de laboratorios y todas aquellas pruebas ordenadas en beneficio de mi tratamiento durante mi estadía. Estoy de acuerdo en permitir que el Ashford Presbyterian Community Hospital comparta mi record médico según lo establece la ley con mi aseguradora, Medicare o sus agentes designados. Estoy de acuerdo en permitir al Ashford Presbyterian Community Hospital a utilizar el expediente médico creado durante mi hospitalización para cumplir cualquier requerimiento con mi cuidado médico y el cobro por los servicios que he recibido.

Yo, voluntariamente y específicamente autorizo la participación o presencia de estudiantes de medicina o enfermería, durante la operación, procedimiento o tratamiento identificado previamente como parte del programa de adiestramiento.

am
pm

Fecha de autorización / Hora

Nombre del Paciente o Tutor Legal (molde)

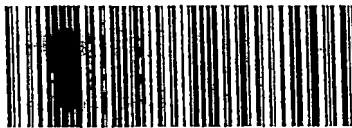
Nombre de Testigo (molde)

Firma del Paciente o Tutor Legal

Firma de Testigo

Nombre de Oficial de Admisiones (molde)

De acuerdo a la Ley Federal y estatutos, el hospital conservará el expediente clínico en su forma original o en cualquier medio que utilice de avances tecnológicos reconocidos por un periodo de seis (6) años. Una vez cumplido el tiempo establecido y no estando el paciente activo en los próximos cinco (5) años, el hospital conservará por cinco (5) años adicionales aquellos documentos establecidos por ley y podrá disponer del resto del expediente clínico, excepto en casos de menores de veintiún (21) años de edad.



AUTH MED/TREAT

**ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL
SAN JUAN, PUERTO RICO**

**AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT
OR PROCEDURE**

Patient Name:

Hospital No.:

Physician:

I, hereby authorize the physician(s) _____ or other qualified medical providers to perform medical treatment and services on my behalf. I also consent all of the medical and / or diagnostic services ordered for me during my inpatient stay in the hospital. This consent includes testing for such test, in order, to protect me and / or those who care for me. I agree to permit Ashford Presbyterian Community Hospital to share my health record as applicable under the law with my physician, my insurer, Medicare or other designated agents. I agree to allow the Ashford Presbyterian Community Hospital to use the record created during this inpatient stay to meet any requirement related to my care and to collect payment for the services I received.

I voluntarily and specifically consent to the participation or presence of medical and nursing students during the previously operation, treatment or diagnostic procedure, as part of a clinical training program.

_____ am
_____ pm
Authorization Date / Time

Patient or Legal Tutor's Name (print)

Witness' Name (print)

Patient or Legal Tutor's Signature

Witness' Signature

Admitting Officer's Name

According to the Federal Law and statutes, the hospital will conserve the clinical file in its original form or any other means that uses recognized technological advances for period of six (6) years. Once turned the established time and not being the patient active in the next five (5) years, the hospital will conserve by five (5) additional years those documents established by law and will be able to dispose the rest of the clinical record file, except in cases of minors of twenty-one (21) years of age.



AUTH MED/TREAT

**ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL
SAN JUAN, PUERTO RICO**

**POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL SOBRE
EL DERECHO DEL PACIENTE A
REHUSAR TRATAMIENTO MÉDICO**

Patient Name: _____

Hospital No.: _____

Physician: _____

Es la política institucional del Ashford Presbyterian Community Hospital que se acepte como regla general el derecho de todo adulto competente a rehusar tratamiento médico quirúrgico. A continuación un resumen del derecho, política y procedimiento al respecto.

A. Todo paciente adulto que sea admitido en la institución será informado por escrito sobre el derecho que posee para tomar decisiones sobre su tratamiento médico quirúrgico. Se le explicará al paciente que tiene el derecho a redactar documentos tales como: testamentos vitales (*living wills*) o poderes (*healthcare powers of attorney*) donde exprese su decisión sobre como se debe seguir su tratamiento médico quirúrgico y/o deseo de rehusar cierto tratamiento médico quirúrgico. Refiarase al formulario institucional al respecto, la cual firmará cada paciente. Usted paciente recibirá también copia de esta política y procedimiento institucional.

B. Se documentará en su expediente médico si usted se ha expresado por escrito en cuanto a que rehúsa tratamiento médico quirúrgico bajo ciertas circunstancias, mediante documentos tales como: testamentos vitales (*living wills*) o poderes (*healthcare powers of attorney*). Refiarase al formulario a utilizarse, titulado Constancia de Información sobre Derecho a Rehusar Tratamiento Médico y Política Institucional al Respetto. (Pag. 3)

C. No se discriminará contra ningún paciente por el hecho de que haya o no rehusado cierto tratamiento médico.

D. La institución seguirá sus normas institucionales, así como los procedimientos que sean adoptados mediante legislación o jurisprudencia en Puerto Rico por la Legislatura o Tribunales de Puerto Rico.

E. La institución proveera educación al personal, al igual que a la comunidad, en cuanto al derecho que tienen las personas adultas y competentes de rehusar tratamiento.

F. Toda persona que rehuse algún tipo de tratamiento médico debe firmar un documento donde se exprese el tipo de tratamiento que rehúsa y que se certifique, según sea aplicable, la explicación de los beneficios del tratamiento y los riesgos de su decisión de no recibir el tratamiento, además de exonerar de responsabilidad al Hospital, su personal y miembros de la Facultad Médica.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Hora: _____

**ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL
SAN JUAN, PUERTO RICO**

**POLICY AND PROCEDURE OF THE INSTITUTION
REGARDING THE PATIENT'S RIGHT TO REFUSE
MEDICAL TREATMENT**

(Patient's Self Determination Act)

Patient Name: _____

Hospital No.: _____

Physician: _____

- A. It is the Institutional Policy of Ashford Presbyterian Community Hospital that as a general rule the right of any competent adult to refuse surgical medical treatment be accepted.
- B. Any adult person who is admitted to the institution will be informed in writing of his/her right to make decisions regarding his/her medical surgical treatment; to accept medical surgical treatment. The patient will be explained that he/she is entitled to file documents, such as living wills or health care power of attorneys stating his/her decision on how to proceed in his/her medical surgical treatment. See, institutional form to that effect, which each patient must sign. The patient will also receive a copy of this institutional policy and procedure. In Puerto Rico there does not exist, as there exists in several states, aspects where medical surgical treatment is refused. However, even though there is no written law, there does not exist the right that each adult patient has to make decisions as to his/her right as a general rule to refuse medical surgical treatment.
- C. The medical record of the patient will document the fact that the patient has stated in writing his/her refusal to receive medical surgical treatment under certain circumstances thought documents such as living wills and/or health care power of attorneys. See, form to be used entitled "Verification of Information regarding Right to Refuse Medical Treatment and Institutional Policy to that Effect". (Page. 3)
- D. A patient will not be discriminated against because of the fact that has or has not refused certain medical treatment.
- E. The institution will follow the procedures approved, if any, by the Legislature of Puerto Rico.
- F. The institution will provide education to the staff, as well as the community with regard to the right that an adult and competent persons have, as a general rule, to refuse medical treatment.
- G. Should any doubts arise with regard to the rights of the patients, the Admission Office must contact the Risk Management Program.
- H. Any person who refuses any type of medical treatment must sign a document stating the type of treatment he/she refuses and, must certify, as applicable, the explanation of the benefits of the treatment and the risk of his/her decision not to receive the treatment; in addition to the Hospital, the staff and members of the Medical Faculty harmless of any liability. These consent forms will be coordinated with the Risk Management Program of the Hospital, who will verify the acceptability of the consents or documents which the patients presents.

Patient's name: _____ Date: _____

Patient's signature: _____ Hour: _____

**ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL
SAN JUAN, PUERTO RICO**

**CONSTANCIA DE INFORMACIÓN SOBRE:
DERECHO A REHUSAR TRATAMIENTO MÉDICO Y
POLÍTICA INSTITUCIONAL AL RESPETO**

Patient Name:

Hospital No.:

Physician:

Yo _____ certifico que he sido informado según requiere el "Patient's Self Determination Act" sobre mis derechos bajo el derecho local de rehusar Tratamiento Médico y sobre la política y procedimientos institucionales sobre el derecho del paciente a rehusar Tratamiento médico.

Yo, No () Si () he redactado, previa a esta fecha, un documento donde exprese mi decisión de rehusar tratamiento médico-quirúrgico en ciertas circunstancias, tales como, testamento vital (*living will*) o poder especial (*healthcare of attorney*). (Si el paciente contesta "Si" favor de incluir copia del documento).

Yo, No () Si () rehuso algún tipo de tratamiento médico-quirúrgico. (De rehusar tratamiento, debe llenar documentación al respeto). (Véase nota #1 abajo).

En San Juan, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de _____.

Hora: _____
am
pm

Nombre del Paciente (molde)

Firma del Paciente

Nombre de Testigo (molde)

Firma de Testigo

Nombre del Médico si el paciente
ha rehusado Tratamiento Médico (molde)

Firma del Médico si el paciente
ha rehusado Tratamiento Médico

Nombre de Testigo (molde)

Firma de Testigo

Nota:

1. Si el paciente ha rehusado algún tipo tratamiento, el paciente además de firmar este documento, debe llenar un documento (consentimiento) donde se certifique según sea aplicable, la explicación de los riesgos de su decisión, los beneficios del tratamiento, alternativas y naturaleza del procedimiento y que releve de responsabilidad a la institución, los médicos y todo el personal.
2. Este formulario debe ser llamado por adultos competentes. En caso de que alguna persona que no sea un adulto competente y que desee rehusar algún tipo de tratamiento médico, se debe consultar con el programa de Manejo de Riesgos del Hospital.



RIGHT TO REFUS

**ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL
SAN JUAN, PUERTO RICO**

**VERIFICATION OF INFORMATION REGARDING RIGHT
TO REFUSE MEDICAL TREATMENT AND
INSTITUTIONAL POLICY TO THAT EFFECT**

Patient Name:

Hospital No.:

Physician:

I, _____ certify that I have been informed as requires by the Patient's Self Determination Act about my rights under the local law to regard to the Patient's right to refuse Medical Treatment.

I, Have Not () Have (), prior to this date a document stating my decision to refuse medical-surgical treatment under certain circumstances, such as, living will or health care power attorney. (If this patient answer "HAVE" please enclose a copy of the document).

I, Do Not () Do () refuse any type of medical-surgical treatment. (If treatment is refused he / she must fill out a document to that effect. See Note #1 here in after).

In San Juan, Puerto Rico, today _____,

Time: _____ am
pm

Patient's Name (print)

Patient's Signature

Witness' Name (print)

Witness' Signature

Name of Physician if Patient
has refused Medical Treatment (print)

Signature of Physician If Patient
has refused Medical Treatment

Witness' Name (print)

Witness' Signature

Note:

1. If the patient has refused any type of treatment the patient in addition to signing this document must fill cut a document (consent) certifying as applicable, the explanation of the risk of his/her decision, the benefits of the procedure and that he/she holds the institutions, physicians all the staff harmless from liability.
2. This form must be filled out by competent adult person. If it involves any person who is not a competent adult who wishes to refuse any type of medical treatment the Hospital's Risk Management Program should be consulted.



RIGHT TO REFFUS

**ASHFORD HOSPITAL, SAN JUAN PR
RECONOCIMIENTO, RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO, USO Y DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información de salud, y cómo puede acceder usted a esta información. Revisela con cuidado.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos:

(a) Obtener una copia de su historial de salud en papel o en formato electrónico; (b) Corregir en papel o en formato electrónico su historial de salud; (c) Solicitar comunicación confidencial; (d) Pedirnos que limitemos la información que compartimos; (e) Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información; (f) Obtener una copia de esta notificación de privacidad; (g) Elegir a alguien que actúe en su nombre; (h) Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

(a) Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal; (b) Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe; (c) Lo incluimos en un directorio hospitalario; (d) Proporcionamos atención de salud mental; (e) Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información; (f) Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

(a) Lo atendemos; (b) Dirigimos nuestra organización; (c) Facturamos por sus servicios; (d) Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública; (e) Realizamos investigaciones médicas; (f) Cumplimos con la ley; (g) Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos; (h) Trabajamos con un médico forense o director funerario; (i) Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales; (j) Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

1. Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial y otra información de salud que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información de salud, dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

2. Solicitarnos que corrijamos su historial de salud

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

3. Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.



4. Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones
- Con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

5. Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

6. Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

7. Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

8. Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio del Departamento de Manejo de Información de Salud, al (787) 721-2160, extensión 6514.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a:

Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

- o llamando al 1-800-368-1019; o visitando:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html

**los últimos dos disponibles en español.*

No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información de salud, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.



CONS PRACTPRIVA

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo, según definido por la ley.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos o compartimos su información de salud? Por lo general, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

1. Tratamiento

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

2. Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

3. Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.

Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html

*disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, como: (a) Prevención de enfermedades; (b) Ayuda con el retiro de productos del mercado; (c) Informe de reacciones adversas a los medicamentos; (d) Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica; (e) Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información de salud con las organizaciones de procuración de órganos.



CONS PRACTPRIVA

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información de salud con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información de salud:

- En reclamos de compensación de trabajadores.
- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

(a) Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida; (b) Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información; (c) Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma; (d) No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html
*disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Nosotros en el Ashford Hospital estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas la Notificación adjunta de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Por la presente, reconozco que he revisado el documento Reconocimiento, Recibo De Notificación De Prácticas De Privacidad Y Consentimiento, Uso Y Divulgación De Información De Salud. La firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre paciente letra de molde / representante legal _____

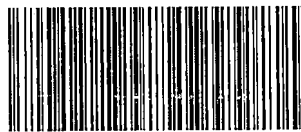
Firma _____

Relación con paciente: _____

Fecha/hora: _____

Procesado por (Nombre Empleado): _____

Departamento: _____





CERTIFICO QUE RECIBÍ LA SIGUIENTE ORIENTACIÓN FINANCIERA

___ El Hospital NO supe: "Kit" \$15.00 (ni chata, ni urinal), almohadas \$7.50 (tamaño regular), frisas \$16.00, estos se adquieren en la farmacia de la comunidad (precios no incluyen ivu). Las camas plegadizas (cauchos) \$6.00 diarios por alquiler, no reembolsables.

___ El alquiler de la conexión del servicio telefónico tiene un costo de \$22.00 por los primeros 5 días y \$17.00 los siguientes 5 días. Esté no incluye el equipo telefónico; el que tiene un costo de \$11.00 (precios no incluyen ivu).

___ Los depósitos, deducibles y pagos correspondientes se harán al momento de la Pre-Admisión.

___ El depósito o deducible NO es su cuenta final.

___ Si su plan médico no cubre los servicios que se le brinden en el Hospital, se le facturará según nuestras tarifas privadas.

___ Su plan médico NO cubre habitación privada. El costo diario por Habitación Privada es de: \$ _____ Suite \$ _____, Alumbra \$ _____, Alumbra Suite \$ _____, Surgi-Suite \$ _____ y Surgi Suite Deluxe \$ _____. La habitación privada se paga por adelantado, de acuerdo a la estadía. Cargo por cambio de habitación no esta cubierto por el plan \$ _____. Estas habitaciones serán asignadas de acuerdo a la disponibilidad de las mismas, al momento de la admisión.

___ Día preoperatorio no está cubierto por su plan médico.

___ Los servicios de Médicos, Interpretación de Rayos X Regular y "High Tech", Patología, Fisiatra, Anestesia y Analgesia Epidural para el parto, no están incluidos en los cargos del Hospital, por lo que podría recibir una factura por los servicios ofrecidos. Implantes, Prótesis o Devices.

Pacientes de Maternidad:

___ Los siguientes servicios podrían NO estar cubiertos por su plan médico: Baby Care Kit \$35.00**, PKU \$115.00, Kit de Parto \$25.00** (no es reembolsable), Bandeja de Circuncisión \$100.00, Uso de Facilidad, Personal no médico y materiales para Analgesia Epidural \$150.00, Prueba Auditiva \$50.00 (es requisito del Departamento de Salud y aplica a todos los recién nacidos), *Prueba Ret Scan (Inicial y Seguimiento \$140.00 cada una) Ret Scan Laser \$1,000.00 y Terapia de Óxido Nítrico (\$125.00 p/h), "Implantes, Prótesis o "Devices" **precio no incluye ivu.

___ Si va a esterilizarse deberá traer autorización por escrito de su seguro médico. El costo privado por este servicio es de \$550.00 parto normal y \$350.00 en caso de cesárea.

He sido orientado y sé que soy responsable de cualquier balance adeudado por los servicios y o equipos no cubiertos por mi plan médico a El Presby.

Nombre del Paciente o Tutor Legal
(En letra de molde)

Nombre del Oficial de Registro
(En letra de molde)

Firma del Paciente o Tutor Legal

Firma del Oficial de Registro

Fecha

Fecha

*Uso de equipo para bebé de 32 semanas o menos de nacido
Original: Expediente financiero
Copia: Paciente/Oficina de Asistencia
Rev. GVS - 10/20



I HEREBY CERTIFY THAT I HAVE RECEIVED THE FOLLOWING FINANCIAL INFORMATION

- _____ The hospital does not provide: Kit \$15.00 (nor bed pan, nor urinal), pillows \$8.00, blankets \$16.00, these are available at the pharmacy (prices does not include tax). Portable beds \$6.00 daily (non refundable).
- _____ The rent of telephone line has a cost of \$22.00 for the first 5 days and \$17.00 for each additional 5; it does not include the equipment. The telephone equipment has a cost of \$11.00 (prices does not includes tax).
- _____ The required deposits, deductibles and payments will be made during pre-admission.
- _____ The deposits and deductibles ARE NOT your final bill.
- _____ Any charges not covered by your Health Insurance Plan will be billed to you based on our private rates.
- _____ The private room IS NOT covered by any Health plan. The daily charge for private room is \$_____, Suite \$_____, Alumbra \$_____, Alumbra Suite \$_____, Surgi-Suite \$_____ and Surgi-Suite Deluxe \$_____. Private room charges must be paid in advance, accordingly to stay. Change of room IS NOT covered by any health plan, the charge is \$_____. These rooms will be assigned according to their availability, at the time of admission.
- _____ Preoperative day IS NOT covered by any Health Insurance plan.
- _____ Services from Doctors, Interpretation of regular and High Tech X Ray, Pathological, Physiatrist, Anesthesia and Epidural Analgesia for labor service ARE NOT included in the Hospital bill, you may be billed for those services. Implants, Prosthesis or Devices.

Maternity Patients:

- _____ The following services MAY NOT be covered by your Health Insurance plan: Baby Care Kit \$35.00**, PKU \$115.00, Delivery Kit \$25.00** (non refundable), Circumcision Tray \$100.00, Use of facilities, no medical personnel and materials for Epidural Analgesia \$150.00, Hearing Test \$50.00 (Required by the Health Department for Newborns), *RetScan Test (1st Test and follow up \$140.00 each) Ret Scan Laser \$1,000.00 and Nitric Oxide Therapy (\$125.00 p/h), Implants, Prosthesis or Devices (**prices does not include tax).
- _____ If the Patient will be sterilized, the Hospital requires your health insurance plan authorization. The private rate for this service is: \$550.00 Normal Delivery and \$350.00 Cesarean Section.

I have been informed and I know that am responsible to pay El Presby for any balance due for the services or equipment that had not been covered by may Health Insurance plan.

Patient or Legal Guardian Name (print letter)

Patient or Legal Guardian Signature

Date

Registration Clerk Name (print letter)

Registration Clerk Signature

Date

*Equipment use for newborns of 32 weeks or less
Original: Financial Record
Copies: Patient
Rev. GVS 06/20

ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL
SAN JUAN, PUERTO RICO

CENTRO DE REGISTRO

Patient Name:

Hospital No.:

Physician:

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA SIGUIENTE ORIENTACIÓN:

* IMPORTANTE - Favor iniciar todos renglones que apliquen

- _____ Orientación y Guía sobre las Normas del Hospital y del Portal del Paciente.
- _____ No llevar a la habitación prendas, dinero u objetos de valor.
- _____ Horario de Visita: 1:00 PM a 8:00 PM CCU / ICU 1:00 PM a 1:30 PM y 7:00 PM a 7:30 PM.
- _____ Horario de Alta: 11:00 AM.
- _____ Orientación sobre el Derecho a Rehusar Tratamiento Médico (Patient's Self Determination Act).
- _____ Orientación sobre el Testamento Vital (Living Will) o Poder Especial (Healthcare of Attorney).
- _____ Orientación sobre los derechos y Responsabilidades del Paciente.
- _____ Notificarle de Prácticas de Privacidad y Ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).
- _____ Autorización para recibir información de mercadeo por parte del hospital.
- _____ El Hospital puede requerir el movimiento o reubicación de habitación del paciente, de surgir la necesidad este no tendrá ningún costo.
- _____ El máximo de visitantes permitidos, por habitación: Semi-privada: 2-3 personas; Privada: 5 personas, máximo.
- _____ Un acompañante por paciente en Sala de Operaciones.

Nombre del Paciente o Tutor Legal (molde)

Nombre del Oficial de Registro (molde)

Firma del Paciente o Tutor Legal

Firma del Oficial de Registro

Fecha

Fecha

Original: expediente clínico
Copia: paciente / Oficina de Asistencia
(787) 721 - 2160 Exts. 1001, 1003

Revisado: RM 07/19



REGISTER ORIENT

ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL
SAN JUAN, PUERTO RICO

REGISTRATION CENTER

Patient Name:
Hospital No.:
Physician:

I HEREBY CERTIFY THAT I HAVE RECEIVED THE FOLLOWING INFORMATION:

* IMPORTANT - Initials will be required in all items that apply

- _____ Orientation and guidance about Hospital rules and Patient Portal.
- _____ You should not bring to your room: jewelry, money, or other valuables.
- _____ Visiting hours: 1:00 PM a 8:00 PM CCU / ICU 1:00 PM a 1:30 PM y 7:00 PM a 7:30 PM.
- _____ You should be Discharge by: 11:00 AM.
- _____ Orientation about the Right to Refuse Medical Treatment (Patient's Self Determination Act).
- _____ Orientation about the Living Will and Healthcare of Attorney.
- _____ Orientation about the Right and Responsibilities of the Patient.
- _____ Notice of Privacy Practices and Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
- _____ Orientation to receive marketing information from the Hospital.
- _____ The Hospital may require to relocate or change the patient's room, when it is required by the hospital
it will not have any cost for the patient.
- _____ Maxium visitors allowed in rooms: Semi-private: 2-3 persons; Private: 5 persons, maximum.
- _____ One companion per patient in operating room.

Patient or Legal Guardian's Name (print)

Registration Clerk's Name (print)

Patient or Legal Guardian's Signature

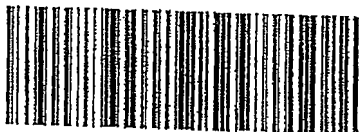
Registration Clerk's Signature

Date

Date

Original: clinical record
Copy: patient / attendance office
(787) 721 - 2160 Exts. 1001, 1003

Revised: RM 07/19



REGISTER ORIENT

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

PICA

PICA

1. MEDICARE <input type="checkbox"/> (Medicare #) MEDICAID <input type="checkbox"/> (Medicaid #) TRICARE <input type="checkbox"/> (ID#/DoD#) CHAMPVA <input type="checkbox"/> (Member ID#) GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> (ID#) FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> (ID#) OTHER <input type="checkbox"/> (ID#)		1a. INSURED I.D. NUMBER (for Program in item 1)	
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		3. PATIENT'S BIRTH DATE SEX MM DD YY M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street) CITY STATE		6. PATIENT'S RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		7. INSURED'S ADDRESS (No., Street) CITY STATE	
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER		8. PATIENT'S STATUS ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) ()	
b. RESERVED FOR NUCC USE		10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO: a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
c. RESERVED FOR NUCC USE		b. AUTO ACCIDENT? PLACE (State) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME		c. OTHER ACCIDENT? PLACE (State) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payments of government benefits either to myself or the party who accepts assignment below. SIGNED _____ DATE _____		11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER a. INSURED'S DATE OF BIRTH SEX MM DD YY M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC) c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME	
14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM DD YY QUAL		13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below. SIGNED _____	
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE		10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)	
15. OTHER DATE MM DD YY QUAL		d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, return to and complete item 9 a-d.	
17a. _____ 17b. NPI _____		16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY	
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)		18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY	
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY Relate A-L to service line below (24E) A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ F. _____ G. _____ H. _____ I. _____ J. _____ K. _____ L. _____		20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
24. A. DATE(S) OF SERVICE FROM MM DD YY To MM DD YY B. PLACE OF SERVICE C. EMG D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS E. DIAGNOSIS POINTER F. \$ CHARGES G. DAYS OR UNITS H. EPSDT OR FAMILY PLAN I. ID. QUAL J. RENDERING PROVIDER ID #		22. RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.	
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN		23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER	
26. PATIENT'S ACCOUNT NO.		27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For gov. claims, see back) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.) SIGNED _____ DATE _____		28. TOTAL CHARGE 29. AMOUNT PAID 30. Rsvd for NUCC Use \$ \$ \$	
32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION a. _____ b. _____		33. BILLING PROVIDER INFO & PH # () a. _____ b. _____	

CARRIER PATIENT AND INSURED INFORMATION PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

REFERS TO GOVERNMENT PROGRAMS ONLY

MEDICARE AND TRICARE PAYMENTS: A patient's signature requests that payment be made and authorizes release of any information necessary to process the claim and certifies that the information provided in Blocks 1 through 12 is true, accurate and complete. In the case of a Medicare claim, the patient's signature authorizes any entity to release to Medicare medical and nonmedical information and whether the person has employer group health insurance, liability, no-fault, worker's compensation or other insurance which is responsible to pay for the services for which the Medicare claim is made. See 42 CFR 411.24(a). If item 9 is completed, the patient's signature authorizes release of the information to the health plan or agency shown. In Medicare assigned or TRICARE participation cases, the physician agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier or TRICARE fiscal intermediary as the full charge and the patient is responsible only for the deductible, coinsurance and non-covered services. Coinsurance and the deductible are based upon the charge determination of the Medicare, carrier or TRICARE fiscal intermediary if this is less than the charge submitted, TRICARE is not a health insurance program but makes payment for health benefits provided through certain affiliations with the Uniformed Services. Information on the patient's sponsor should be provided in those items captioned in "Insured"; i.e., items 1 a, 4, 6, 7, 9, and 11.

BLACK LUNG AND FECA CLAIMS

The provider agrees to accept the amount paid by the Government as payment in full. See Black Lung and FECA instructions regarding required procedure and diagnosis coding systems.

SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER (MEDICARE, TRICARE, FECA AND BLACK LUNG)

In submitting this claim for payment from federal funds, I certify that: 1) the information on this form is true, accurate and complete; 2) I have familiarized myself with all applicable laws, regulations, and program instructions are, which available are from the Medicare contractor; 3) I have provided or will provide sufficient information required to allow the government to make an informed eligibility and payment decision; 4) this claim, whether submitted by me or on my behalf by my designated billing company, complies with all applicable Medicare and/or Medicaid laws, regulations, and program instructions for payment including but not limited to the Federal anti-kickback statute and Physician Self-Referral law (commonly known as Stark I law); 5) the services on this form were medically necessary and personally furnished by me or were furnished incident to my professional service by my employee under my direct supervision, except as otherwise expressly permitted by Medicare or TRICARE; 6) for each service rendered incident to my professional service, the identity (legal name and NPI, license #, or SSN) of the primary individual rendering each service is reported in the designated section. For services to be considered "incident to" a physician's professional services, 1) they must be rendered under the physician's direct supervision by his/her employee, 2) they must be an integral, although incidental part of a covered physician service, 3) they must be of kinds commonly furnished in a physician's offices, and 4) the services of non-physicians must be included on the physician's bills.

For TRICARE claims, I further certify that I (or any employee) who rendered services are not an active duty member of the Uniformed Services or a civilian employee of the United States Government or a contract employee of the United States Government, either civilian or military (refer to 5 USC 5536). For Black-Lung claims, I further certify that the services performed were not for a Black Lung-related disorder.

For Part B Medicare benefits may be paid unless this form is received as required by existing law and regulations (42 CFR 424.32).

NOTICE: Any one who misrepresents or falsifies essential information to receive payment from Federal funds requested by this form may upon conviction be subject to fine and imprisonment under applicable Federal laws.

NOTICE TO PATIENT ABOUT THE COLLECTION AND USE OF MEDICARE, TRICARE, FECA, AND BLACK LUNG INFORMATION (PRIVACY ACT STATEMENT)

We are authorized by CMS, TRICARE and OWCP to ask you for information needed in the administration of the Medicare, TRICARE, FECA, and Black Lung programs. Authority to collect information is in section 205(a), 1862, 1872 and 1874 of the Social Security Act as amended, 42 CFR 411.24(a) and 424.5(a) (6), and 44 USC 3101, 41 CFR 101 et seq and 10 USC 1079 and 1086; 5 USC 8101 et seq; and 30 USC 901 et seq; 38 USC 613; E.O. 9397.

The information we obtain to complete claims under these programs is used to identify you and to determine your eligibility. It is also used to decide if the services and supplies you received are covered by these programs and to insure that proper payment is made.

The information may also be given to other providers of services, carriers, intermediaries, medical review boards, health plans, and other organizations or Federal agencies, for the effective administration of Federal provisions that require other third parties payers to pay primary to Federal program, and as otherwise necessary to administer these programs. For example, it may be necessary to disclose information about the benefits you have used to a hospital or doctor. Additional disclosures are made through routine uses for information contained in systems of records.

FOR MEDICARE CLAIMS: See the notice modifying system No. 09-70-0501, titled, 'Carrier Medicare Claims Record,' published in the Federal Register, Vol. 55 No. 177, page 37549, dated, Sept. 12, 1990, or as updated and republished.

FOR OWCP CLAIMS: Department of Labor, Privacy Act of 1974, "Republication of Notice of Systems of Records," Federal Register Vol. 55 No. 40, Wed Feb. 28, 1990, See ESA-5, ESA-6, ESA-12, ESA-13, ESA-30, or as updated and republished.

FOR TRICARE CLAIMS: PRINCIPLE PURPOSE(S): To evaluate eligibility for medical care provided by civilian sources and to issue payment upon establishment of eligibility and termination that the services/supplies received are authorized by law.

ROUTINE USE(S): Information from claims and related documents may be given to the Dept. of Veterans Affairs, the Dept. of Health and Human Services and/or the Dept. of Transportation consistent with their statutory administrative responsibilities under TRICARE/CHAMPVA; to the Dept. of Justice for representation of the Secretary of Defense in civil actions; to the Internal Revenue Service, private collection agencies, and consumer reporting agencies in connection with recoupment claims; and to Congressional Offices in response to inquiries made at the request of the person to whom a record pertains. Appropriate disclosures may be made to other federal, state, local, foreign government agencies, private business entities, and individual providers of care, on matters relating to entitlement, claims adjudication, fraud, program abuse, utilization review, quality assurance, peer review, program integrity, third-party liability, coordination of benefits, and civil and criminal litigation related to the operation of TRICARE.

CLOSURES: Voluntary, however, failure to provide information will result in delay in payment or may result in denial of claim. With the one exception discussed below, there are no penalties under these programs for refusing to supply information. However, failure to furnish information regarding the medical services rendered or the amount charged would prevent payment of claims under these programs. Failure to furnish any other information, such as name or claim number, would delay payment of the claim. Failure to provide medical information for FECA could be deemed an obstruction.

It is mandatory that you tell us if you know that another party is responsible for paying for your treatment. Section 1128B of the Social Security Act and 31 USC 3801 -3812 provide penalties for withholding this information.

You should be aware that P.L. 100-503, the "Computer Matching and Privacy Protection Act of 1988", permits the government to verify information by way of computer matches.

MEDICAID PAYMENTS (PROVIDER CERTIFICATION)

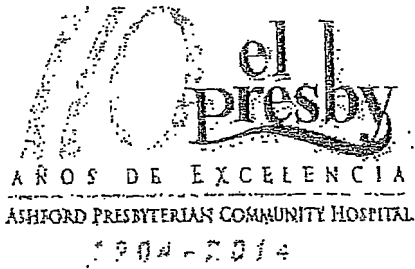
We hereby agree to keep such records as are necessary to disclose fully the extent of services provided to individuals under the State's Title XIX plan and to furnish information regarding any payments claimed for providing such services as the State Agency or Dept. of Health and Human Services may request.

We agree to accept, as payment in full, the amount paid by the Medicaid program for those claims submitted for payment under that program, with the exception of authorized deductible, coinsurance, co-payment or similar cost-sharing charge.

NATURE OF PHYSICIAN (OR SUPPLIER): I certify that the services listed above were medically indicated and necessary to the health of this patient and were personally furnished by me or my employee under my personal direction.

PURPOSE: This is to certify that the foregoing information is true, accurate and complete. I understand that payment and satisfaction of this claim will be from Federal and State funds, and that false claims, statements, or documents, or concealment of a material fact, may be prosecuted under applicable Federal or State laws.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1197. The time required to complete this information collection is estimated to average 10 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. This address is for comments and/or suggestions only. DO NOT MAIL COMPLETED CLAIM FORMS TO THIS ADDRESS.



Reconciliación de Medicamentos

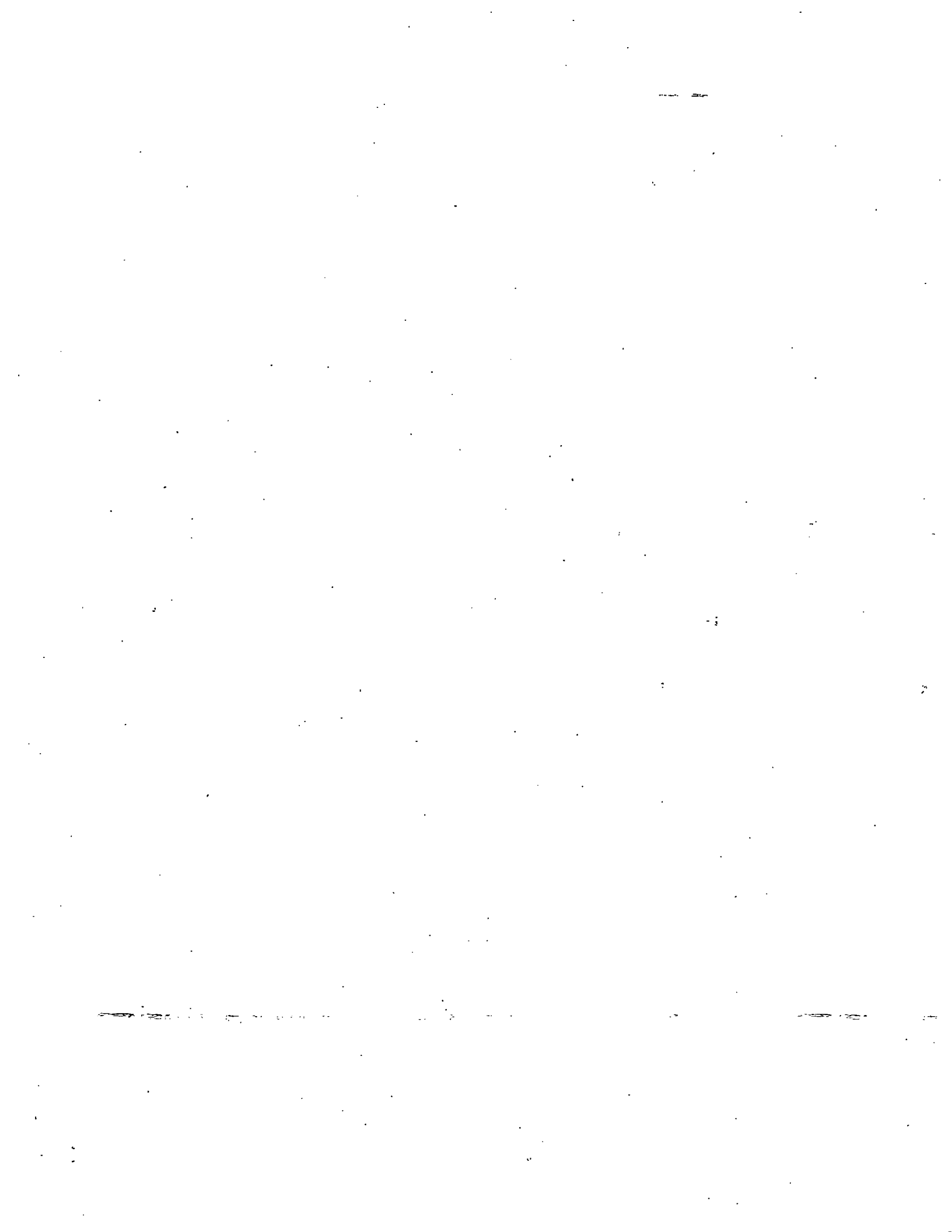
Nombre de paciente: _____

Alergias: _____

Medicamento / Dosis	Frecuencia que utiliza medicamento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Firma del paciente: _____ fecha: _____





Cernimiento a pacientes de Pre Admisión

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Médico: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Ha viajado fuera de Puerto Rico en los pasados 14 días? _____
2. ¿Cuál fue la fecha de regreso? _____
3. ¿Usted ha presentado alguno de los síntomas que se mencionan a continuación?

Síntomas	SI	NO
Tos	_____	_____
Fiebre/escalofríos	_____	_____
Dificultad para respirar	_____	_____
Fatiga	_____	_____
Conjuntivitis	_____	_____
Diarreas	_____	_____
Dolor en el cuerpo	_____	_____
Malestar general	_____	_____
Dolor de garganta	_____	_____
Dolor de cabeza	_____	_____
Pérdida de olfato	_____	_____
Pérdida de gusto	_____	_____

Firma del Paciente
o Tutor Legal _____