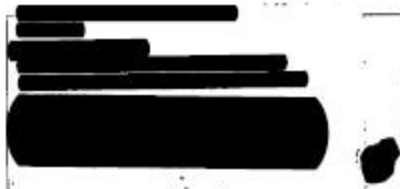




CENTRO HOSPITALARIO BRONX LEBANON

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA:

1. Autorización: Yo, el suscrito, acepto y consiento en que yo (el paciente) reciba tratamiento del Centro Hospitalario Bronx-Lebanon; de su personal médico y los profesionales y entidades de salud relacionados (colectivamente denominado "Hospital"). Pido y autorizo que el hospital brinde atención médica y administre los procedimientos y tratamientos diagnósticos, radiológicos y/o terapéuticos, a incluir tratamiento de emergencia, que mi médico/proveedor considere necesario y aconsejable para dar a mí (al paciente) el debido tratamiento o, en el caso de pacientes obstétricas, para el debido tratamiento de mi recién nacido (el del paciente). Autorizo el uso de fotografía u otras formas de grabación para los propósitos del hospital, tales como fines médicos, educativos o para mejorar el desempeño profesional. Entiendo que mi identidad no será divulgada en las fotos o el texto descriptivo, a menos que yo dé permiso por escrito, y entiendo que tengo el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento. La vigilancia por cámara podrá ser utilizada en las áreas clínicas y públicas por motivos de seguridad.

2. No garantía/condiciones imprevistas: Estoy consciente de que existen ciertos riesgos y peligros relacionados con todo tratamiento que pueden ocasionar complicaciones u otras consecuencias. Es posible que condiciones imprevistas surjan durante mi tratamiento (el del paciente) brindado por el hospital, que pueden necesitar más tratamientos de los que se anticipaban originalmente. Reconozco que no me han hecho ninguna garantía respecto a mi tratamiento (el del paciente) en el hospital.

3. Autorización para que el hospital divulgue información: Al firmar este documento, autorizo que el hospital y mi médico/proveedor use mis datos médicos personales (los del paciente) y que divulguen tales datos a las siguientes entidades: (a) cualquier proveedor médico que los solicite con el fin de diagnosis, atención médica, tratamiento, pago o propósitos operativos de servicios médicos; (b) cualquier entidad que pueda ayudar al hospital en la realización de las funciones de servicios médicos; cualquiera persona o entidad que pueda tener responsabilidad respecto a facturas y/o la colección de deudas por servicios o productos médicos; (c) cualquier persona o entidad que pueda ser responsabilizada por todos o parte de los cargos del hospital o los honorarios del médico, incluyendo pero no limitado a compañías de seguro, organizaciones de mantenimiento de salud [HMO], aseguradores de la compensación laboral, o cualquier otro contribuyente tercero (por ejemplo, Medicaid, Medicare, u otras partes que pagan la atención médica); o (d) cualquier agencia del gobierno u otra organización responsable de vigilar el hospital. En el caso de que piensen colocarme a mí (al paciente) en una instalación de cuidado alternativo, por la presente autorizo que el hospital divulgue mi historia médica (el del paciente) a dicha instalación con el fin de planificar el alta y/o la continuidad de tratamientos después de la hospitalización.

4. Comprensión de este Formulario: Confirmando que he leído este formulario, que lo entiendo por completo, y que todos los espacios blancos se llenaron o tacharon antes de que yo lo firmara. Se me ha proporcionado la oportunidad de hacer preguntas, y han contestado todas las preguntas a mi satisfacción.

5. Formulario de consentimiento adicional: Si se requieren procedimientos adicionales, es posible que se me soliciten firmar otro formulario de consentimiento por separado.

Paciente o Representante Autorizado

(Patient or Authorized Representative)

Intérprete (en su caso)

(Interpreter (if required))

Autorización para VIH Prueba: Me han brindado información sobre el VIH y acepto que me hagan las pruebas.

☐ No, no quiero que me hagan la para detectar el VIH en esta ocasión.

Fecha: 4/19/16 12:25 PM
 Hora: 12:25 PM
 Traducción prestada por: (Translation obtained from)
 Fecha: (Date)
 Hora: (Time)
 Nombre en: (Print Name)
 Parentesco al Paciente: (Relationship to Patient)
 Operador # / Puesto: (Operator # / Job Title)
 Idioma: (Language)



255

255 BUNC General Consent - Spanish

PREFERRED business, Inc.

7/15/13

CENTRO HOSPITALARIO BRONX-LEBANON

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

1. **Autorización:** Yo, el suscrito, acepto y consiento en que yo (el paciente) reciba tratamiento del Centro Hospitalario Bronx-Lebanon, de su personal médico y los profesionales y entidades de salud relacionados (colectivamente denominado "Hospital"). Pido y autorizo que el hospital brinde atención médica y administre los procedimientos y tratamientos diagnósticos, radiológicos y/o terapéuticos, a incluir tratamiento de emergencia, que mi médico/proveedor considere necesario y aconsejable para dar a mí (al paciente) el debido tratamiento o, en el caso de pacientes obstétricas, para el debido tratamiento de mi recién nacido (el del paciente). Autorizo el uso de fotografía u otras formas de grabación para los propósitos del hospital, tales como fines médicos, educativos o para mejorar el desempeño profesional. Entiendo que mi identidad no será divulgada en las fotos o el texto descriptivo, a menos que yo dé permiso por escrito, y entiendo que tengo el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento. La vigilancia por cámara podrá ser utilizada en las áreas clínicas y públicas por motivos de seguridad.

2. **No garantía/condiciones imprevistas:** Estoy consciente de que existen ciertos riesgos y peligros relacionados con todo tratamiento que pueden ocasionar complicaciones u otras consecuencias. Es posible que condiciones imprevistas surjan durante mi tratamiento (el del paciente) brindado por el hospital, que pueden necesitar más tratamientos de los que se anticipaban originalmente. Reconozco que no me han hecho ninguna garantía respecto a mi tratamiento (el del paciente) en el hospital.

3. **Autorización para que el hospital divulgue información:** Al firmar este documento, autorizo que el hospital y mi médico/proveedor use mis datos médicos personales (los del paciente) y que divulguen tales datos a las siguientes entidades: (a) cualquier proveedor médico que los solicite con el fin de diagnosis, atención médica, tratamiento, pago o propósitos operativos de servicios médicos; (b) cualquier entidad que pueda ayudar al hospital en la realización de las funciones de servicios médicos; cualquiera persona o entidad que pueda tener responsabilidad respecto a facturas y/o la colección de deudas por servicios o productos médicos; (c) cualquier persona o entidad que pueda ser responsabilizada por todos o parte de los cargos del hospital o los honorarios del médico, incluyendo pero no limitado a compañías de seguro, organizaciones de mantenimiento de salud [HMO], aseguradores de la compensación laboral, o cualquier otro contribuyente tercero (por ejemplo, Medicaid, Medicare, u otras partes que pagan la atención médica); o (d) cualquier agencia del gobierno u otra organización responsable de vigilar el hospital. En el caso de que piensen colocarme a mí (al paciente) en una instalación de cuidado alternativo, por la presente autorizo que el hospital divulgue mi historial médico (el del paciente) a dicha instalación con el fin de planificar el alta y/o la continuidad de tratamientos después de la hospitalización.

4. **Comprensión de este Formulario:** Confirmando que he leído este formulario, que lo entiendo por completo, y que todos los espacios blancos se llenaron o tacharon antes de que yo lo firmara. Se me ha proporcionado la oportunidad de hacer preguntas, y han contestado todas las preguntas a mi satisfacción.

5. **Formulario de consentimiento adicional:** Si se requieren procedimientos adicionales, es posible que se me soliciten firmar otro formulario de consentimiento por separado.

Paciente o Representante Autorizado

(Patient or Authorized Representative)

Intérprete (en su caso)

(Interpreter (if required))

Autorización para VIH Prueba: Me han brindado información sobre el VIH y acepto que me hagan las pruebas.

☒ No, no quiero que me hagan la prueba para detectar el VIH esta ocasión.

Firma: _____ Fecha: 5/16/16 Hora: 3:12 (Date) (Time)

Idioma: _____ (Language)

BRONX LEBANON HOSPITAL CENTER

BLHC ED

CONSENT AND AUTHORIZATION FOR TREATMENT

1. Authorization: I, the undersigned, agree and consent for my (the patient's) treatment by Bronx-Lebanon Hospital Center, its medical staff and related health care practitioners and entities (collectively, "the Hospital"), and I request and authorize the Hospital to provide care and administer such diagnostic, radiological and/or therapeutic procedures and treatment which may include emergency treatment as my physician/practitioner determines is necessary and advisable in my (the patient's) care, or, for obstetrical patients, in the care of my (the patient's) newborn. I authorize the use of photography or other forms of recording for the Hospital's purposes such as medical, education, scientific or performance improvement. I understand my identity will not be revealed by the pictures or descriptive text, unless my express written permission is obtained, I have the right to rescind my consent at any time. Camera surveillance in clinic and public areas may be utilized for safety purposes.

2. No Guarantees/Unforeseen Conditions: I am aware that there are certain risks and hazards connected with any treatment that may result in complications or other consequences. Unforeseen conditions may arise during my (the patient's) treatment by the Hospital which would require more treatment than originally anticipated. I acknowledge that no guarantees or assurances have been made to me concerning any of my (the patient's) treatment in the Hospital.

3. Authorization for Release of Information by the Hospital: By signing this document, I authorize the Hospital and my physician/practitioner to use my (the patient's) personal health information and to release such information to: (a) any requesting health care provider for further diagnosis, care, treatment, payment or health care operations purposes; (b) any entity which may assist the Hospital in performance of its health care operations; any person or entity which may be responsible for billing and/or collection of claims for medical services or products; (c) any person or entity which is or may be liable for all or part of the Hospital's charges or physicians' fees including, but not limited to, insurance companies, health maintenance organizations, workers' compensation carriers, or other third party payers (e.g., Medicaid, Medicare, or other health care payors); or (d) any governmental agency or other organization responsible for oversight of the Hospital. In the event that I am (the patient is) to be considered for placement in an alternate care facility, I hereby authorize the Hospital to release my (the patient's) medical record to such facility for the purpose of discharge planning and/or continuation of post hospital care.

4. Understanding of this Form: I confirm that I have read and fully understand this form, and that all the blank spaces have been completed or crossed off prior to my signing. I have been given an opportunity to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

5. Additional Consent Form: For additional procedures that may be required, a separate consent may be requested.

Patient or Authorized Representative**Interpreter (if required)****Authorization for HIV Testing:**

I have been provided information about HIV and I accept testing.

Translation obtained from

Date

Time

Operator # / Job Title

Language



255

255 BLHC General Consent - English

PREFERRED business, Inc.

7/16/13