

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

## AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)

**CONSENTIMIENTO PARA TRATARLO (A):** Yo consiento para recibir cuidado médico de la Universidad de Kentucky. El cuidado médico incluye exámenes, análisis, vacunas apropiadas, tratamiento médico, y tratamiento por sustancias de venta restringida. Yo puedo tener exámenes de VIH (el virus que causa el SIDA), hepatitis y otras enfermedades. Mi consentimiento cubre el cuidado de los agentes, empleados, y personal médico de la University of Kentucky. Nadie me ha garantizado algún resultado a los efectos del cuidado médico. Yo tengo el derecho de (i) formular decisiones sobre mi cuidado médico, (ii) rechazar el cuidado médico, (iii) revocar este consentimiento en cualquier momento con la excepción de que ya haya sido llevado a cabo.

*El paciente o el padre o tutor autorizado, la persona responsable o sucedáneo(a) del paciente debe dar consentimiento.*

**Imágenes:** Yo consiento en permitir que mis proveedores de salud tomen y vean las imágenes (como fotografías o video) para mi cuidado o identificación. Yo entiendo y estoy de acuerdo que algunas de estas imágenes pueden retenerse mientras que otras solamente son para el uso de monitoreo en tiempo real.

**Institución de enseñanza:** Yo entiendo que la Universidad de Kentucky enseña y entrena a médicos, enfermeras(os) y otro personal dentro del cuidado médico (un centro académico médico). Los médicos en entrenamiento (subespecialistas, residentes, e internos), estudiantes de medicina y otro personal médico pueden estar involucrados en mi cuidado bajo la supervisión apropiada de mi médico.

**Investigaciones:** Yo entiendo que una persona de la Universidad de Kentucky puede contactarme, en el futuro, para preguntar acerca de mi salud o si deseo participar en un ensayo de investigación.

### DIRECTIVA AVANZADA: (Por favor seleccione todo lo que aplica)

Yo he firmado una directiva avanzada (testamento vital, declaración sucesoria relacionada con mi salud) y pido que estas declaraciones gobiernen, en lo posible y bajo la ley, mi curso de los cuidados. Yo entiendo que es mi responsabilidad proveerle al Hospital una copia de mi Directiva Avanzada y que esa directiva no gobernará cualquier curso de mi cuidado excepto ésta este archivada en mi expediente médico.

Directiva Avanzada anexada

Directiva Avanzada no anexada

Yo no he firmado una Directiva Avanzada (testamento vital, declaración sucesoria relacionada a mi salud), pero yo entiendo que yo tengo el derecho a tomar decisiones concernientes a mi cuidado de salud, incluyendo la ejecución de la Directiva Avanzada.

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

**Garantía de pago:** Yo estoy de acuerdo en ser responsable con la Universidad de Kentucky y Kentucky Medical Services Foundation Inc. (Servicio de Fundación Médica de Kentucky) (de ahora en adelante, se le referirá como KMSF) por los cargos resultantes de los servicios prestados a los costos establecidos. Yo estoy de acuerdo que todas las facturas sean pagadas completamente según surjan. En caso de que yo falle en cumplir este acuerdo, yo estoy de acuerdo en pagar cualquier costo por los cobros o recaudación, así como los costos de los abogados resultantes por los cobros o recaudación relativos a mi cuenta. Ninguna concesión para pedir extensión, indulgencias o abstención para mí o cualquier otro responsable, así como tampoco ningún retraso o falta de diligencia por parte de la Universidad de Kentucky o KMSF, deberá forzar cualquiera de los derechos que de ninguna manera permitan dispensar la responsabilidad abajo firmada. Si lo abajo firmado fue hecho por más de una persona, esta obligación deberá ser compartida. Yo estoy de acuerdo en que la Universidad de Kentucky o KMSF no tomarán parte de ninguna disputa o decisión que afecte los pagos de alguna demanda realizada en mi nombre y bajo petición por pagos provenientes de la Universidad de Kentucky o KMSF. Yo estoy de acuerdo en pagar cualquier monto pendiente. Ante la eventualidad de que cualquier acción legal sea pedida por la Universidad de Kentucky o el KMSF en conexión con los cobros o cargos resultantes por los servicios prestados, yo estoy de acuerdo en ser sujeto a (y por la presente consentir a) la jurisdicción y localidad de cualquier acción o procedimiento en las cortes dentro del Condado de Fayette, Commonwealth de Kentucky, y que yo estoy de acuerdo en renunciar a cualquier objeción que yo pudiese tener basada en la localidad no adecuada o fórum no conveniente. Para los propósitos de colección, yo autorizo a UK HealthCare y a todas sus entidades y las agencias de terceros, a contactarme en mi celular o algún otro número telefónico el cual yo he proveído como mi información de contacto, o cualquier número que se me asigne que esté disponible al público, usando los métodos que incluyen pre-grabación/mensajes de voz artificial o el uso de marcar un número automáticamente. Además, yo autorizo a UK HealthCare y a todas sus entidades y agencias de terceros que se comuniquen conmigo por el correo electrónico proveído o a través de envío de mensajes de texto.

- | University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- | UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- | UK HealthCare Ambulatory Services
- | UK Dental and Oral Health Clinics

## AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)

**Asignación de los beneficios:** Yo de aquí en adelante asigno todos los derechos y privilegios y autorizo los pagos directamente a la Universidad de Kentucky y a KMSF en caso de cualquier demanda realizada en mi nombre o en nombre de la persona de la que estoy debidamente autorizado (a) para firmar los beneficios otorgados por el seguro.

Yo estoy de acuerdo de que esta asignación es primordial a cualquier asignación dada, después de esta fecha, incluyendo cualquier costo relacionado con los abogados. Además, yo entiendo que yo soy financieramente responsable a la Universidad de Kentucky y a KMSF por los cargos no cubiertos por esta asignación, así como por los no pagados al tiempo estipulado por la compañía de seguro.

**Certificación:** Yo certifico que he leído y entendido el consentimiento y las autorizaciones dadas arriba y yo soy el paciente, o yo estoy debidamente autorizado (a) por el paciente para ejecutar este documento y aceptar sus términos.

**Derechos y Responsabilidades:** He recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente.

**Directivas Avanzadas:** Yo he recibido información escrita acerca de las Directivas Avanzadas (Testamento vital).

NOTA: **SE DEBEN** ofrecer servicios de interpretación para idiomas adicionales al inglés.

\_\_\_\_\_  
Patient / Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes, día, año)/Date

\_\_\_\_\_  
Hora (am/pm)/Time

\_\_\_\_\_  
Signature of Legal Representative and Relationship to  
Patient / Firma del representante legal y parentesco al  
paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes, día, año)/Date

\_\_\_\_\_  
Hora (am/pm)/Time

\_\_\_\_\_  
Witness / Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes, día, año)/Date

\_\_\_\_\_  
Hora (am/pm)/Time

\_\_\_\_\_  
Interpreter Name or ID #

\_\_\_\_\_  
In person or via CyraCom (circle one)

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

## AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)

### Los derechos y responsabilidades que tiene como paciente de UK HealthCare

Usted tiene el derecho de:

- 1 Recibir tratamiento, sin importar su edad, raza, etnicidad, cultura, color, origen nacional, idioma, sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, apariencia, estado socio-económico, incapacidad física o mental, religión o diagnóstico consistente con los servicios proveídos por UK HealthCare.
- 1 Saber desde el punto de vista médico, qué es lo erróneo y cómo podemos ayudarlo(a) a mejorarse. Además, nosotros le diremos las cosas que usted necesitará saber para cuando se vaya a casa y así pueda mantenerse en buena salud.
- 1 Saber los nombres de sus médicos y enfermeras.
- 1 Recibir cuidado médico en un ambiente de seguridad libre de toda forma de abuso, negligencia o acoso.
- 1 Estar libre de cualquier fijación y exclusión medicamente innecesaria.
- 1 Decir "no" a cualquier cosa que le sugiramos.
- 1 No involucrarlo(a) en alguna investigación científica, a menos que usted lo quiera.
- 1 Ayudarle a aliviarle el dolor.
- 1 Se le respeten sus creencias religiosas.
- 1 Notificarle a su médico o a un miembro de su familia que usted está en el hospital.
- 1 Se le respeten todas sus decisiones relativas a la finalización de su vida.
- 1 Ser tratado(a) educadamente y con consideración.
- 1 Que le sea respetada su privacidad.
- 1 Estar al tanto de cualquier reglamento que pudiese afectarlo(a) a usted o a su familia.
- 1 Recibir una copia de su historia médica; solicitud de enmienda de su información y solicitud de la lista de revelación de su historia.
- 1 Responderle, en cualquier momento, cualquier pregunta que tenga con respecto a los costos o facturas.
- 1 Usted puede quejarse libre de preocupaciones. Si usted no quiere hablar con su médico o enfermera, por favor llame a servicios al cliente al (859) 257-2178. Si usted tiene conflictos acerca de su cuidado, puede pedirle a su enfermera u otro empleado del hospital que contacte al Servicio de Consultas Éticas por medio de UKMDs o al Administrador del Hospital al (859) 323-5000 para ayudar a solucionar tales conflictos. Si usted continúa teniendo un reclamo, usted puede contactar al personal en la oficina del Inspector General en Kentucky al 1-800-372-2973. Usted también puede contactar a la Comisión Adjunta al 1-800-994-6610; o por correo electrónico a: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org) o correspondencia postal al: Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181.

### Para ayudarnos a ayudarlo, por favor...

- 1 Díganos todo lo que necesitemos saber acerca de su estado de salud e historia médica.
- 1 Haga lo que su médico le recomiende, o dígame por que no quiere seguir las recomendaciones.
- 1 Sea considerado(a) con la gente con quien usted tenga contacto.
- 1 Participe para que el Hospital sea un sitio seguro. Participe y tome parte del equipo encargado de sus cuidados.
- 1 Provea la información acerca de su seguro o seguridad de salud o pregúntenos acerca de qué otras opciones disponibles poseemos para asistirlo en sus pagos.
- 1 Avísenos si tiene algún documento legal acerca de sus decisiones en lo relativo a su muerte, tales como, un testamento vital, declaración sucesánea relacionada con su salud, o alguna Declaración legal y voluntaria. Dígame a su enfermera(o) si quiere hacer la Declaración legal y voluntaria. Contacte al Departamento de Servicios de Atención al Paciente y Familiares en caso de querer más información al 859-323-5501.

## LO QUE TODOS DEBEN SABER ACERCA DEL SIDA

### La ley en Kentucky requiere que lo informemos acerca del SIDA.

VIH es la abreviación para el "virus de inmunodeficiencia humana" el cual ataca el sistema inmune del cuerpo. VIH dificulta la recuperación de otras infecciones y enfermedades. SIDA es la abreviación para el "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" el cual es el efecto en la salud que sucede cuando no se trata el VIH. Con tratamiento, una persona viviendo con VIH puede estar saludable y vivir casi los mismos años que una persona sin VIH. El tratamiento para VIH también puede disminuir la posibilidad que alguien con VIH lo transmita a otra persona.

El VIH **no** se transmite por medio de actividades como el abrazar o saludar por medio de las manos o compartir un vaso de vidrio. El VIH **solamente** se transmite a través de la sangre, los fluidos sexuales, o la leche materna.

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

## AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)

Usualmente, esto sucede al: • Tener sexo sin condones • Compartir agujas

Una madre quien tiene VIH puede transmitirlo a su bebé pero hoy en día esto es poco común en los Estados Unidos mientras que la madre sepa que tiene VIH y esté recibiendo tratamiento. También es muy raro que el VIH sea transmitido por transfusiones de sangre u órganos trasplantados porque toda la sangre y órganos donados ahora son evaluados contra el VIH.

El VIH es transmitido principalmente por las personas que no saben que tienen VIH. Esta es la razón por la cual es muy importante realizar la prueba del VIH un mínimo de una vez en su vida, y un mínimo de cada 6 meses si usted tiene sexo sin usar condones o está compartiendo agujas.

### El tratamiento con sustancias de venta restringida

Las leyes federales y estatales regularizan las sustancias de venta restringida (medicamentos) que puedan ser abusadas. La ley de Kentucky requiere que usted consiente al tratamiento con estos medicamentos antes que usted los reciba. Algunas enfermedades y lesiones pueden causar dolor. Algunos medicamentos pueden ser administrados para tolerar el dolor. Otros medicamentos pueden aumentar el enfoque y reducir la hiperactividad. El uso de estos medicamentos puede causar náusea, sueño, adormecimiento, vómito, estreñimiento, desvelo, falta de apetito, inquietud, empeorar la depresión, resequedad en la boca, confusión, disminución de la respiración, y pérdida de coordinación a tal grado que no pueda conducir ni operar maquinaria pesada. Estos medicamentos pueden resultar en dependencia física, significando que al suspenderlo espontáneamente, puede resultar en el síndrome de abstinencia; dependencia psicológica, significando que al suspenderlo espontáneamente usted pueda desear o tener ansias por el medicamento; tolerancia, significando que usted necesite más medicamentos para recibir el mismo efecto, y adicción, significando que usted puede desarrollar problemas basados en factores genéticos u otros factores. Usted debe informar a su médico si usted está embarazada o está considerando embarazarse.

### Testamentos vitales en Kentucky

Un testamento vital se usa cuando usted desea notificar sus decisiones al estar inconsciente o muy enfermo(a) para comunicarse, acerca de su cuidado médico. Mientras usted pueda expresar sus propias decisiones su testamento vital no se usará y usted puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico. Más sin embargo, si usted se enferma críticamente, usted puede perder la habilidad de participar en las decisiones acerca de su propio tratamiento.

Usted tiene el derecho de formar decisiones acerca de su cuidado. No podemos concederle algún cuidado médico sobre su objeción y el cuidado medicamente necesario no puede cesar o retenerse si usted objeta.

La ley de "The Kentucky Living Will Directive Act" de 1994 fue aprobada para asegurar que los ciudadanos tengan el derecho a formar decisiones acerca de su propio cuidado médico, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento. Este derecho en decidir - el declarar sí o no al tratamiento sugerido- se aplica a los tratamientos que extienden la vida como ventiladoras o tubos de alimentación.

En Kentucky, un testamento vital permite que usted deje saber sus instrucciones en cuatro áreas críticas. Usted puede:

- Designar un(a) sucesor(a) para el cuidado de la salud
- Rechazar o petitionar tratamiento que prolongue la vida
- Rechazar o petitionar alimento artificial o hidratación (tubo de alimentación)
- Expresar sus deseos conciertos a la donación de órganos

Todas las personas de 18 años o mayores pueden tener un testamento vital. La efectividad de un testamento vital se suspende durante el embarazo.

No es necesario que un abogado haga el testamento vital. La ley en Kentucky (KRS 311.625) especifica el formulario que usted debe completar. Usted probablemente deba consultar con un abogado si desea hacer algún cambio en el testamento vital. La ley también prohíbe que los familiares, herederos, proveedores en el cuidado de la salud o tutores firmen como testigos el testamento vital. Usted puede usar un notario público como testigo.

El testamento vital incluye dos secciones. La primera sección es la del sucesor(a). Usted puede designar una o más personas como miembros de la familia o amigos(as) para que puedan formar decisiones por usted si usted pierde la habilidad de formar sus propias decisiones. En la segunda sección, usted especifica sus deseos acerca del tratamiento para prolongar la vida para que el(la) sucesor(a) y el médico estén enterados. Usted también puede especificar el deseo de donar algún órgano en caso que muera.

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

## AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)

---

Al asignar un(a) sucedáneo(a), recuerde que la persona nombrada por usted tendrá el poder de formar decisiones importantes a pesar que otras personas cercanas a usted insistan en tomar una decisión diferente. Escoja la persona mejor capacitada como su sucedáneo(a). También considere otra persona en caso que la primera persona no esté disponible cuando la necesiten. Asegúrese de informar a esta persona que usted la ha seleccionado como sucedáneo(a) y asegúrese que entienda los aspectos más importantes para usted. Usted debe especificar sus deseos en el testamento vital.

Si usted decide formar un testamento vital asegúrese de discutirlo con su familia y médico. La conversación, tiene la misma importancia que el documento.

Una copia del testamento en vida debe archivar en su expediente médico. Durante cada ingreso al hospital o casa de reposo, le preguntarán si tiene un testamento vital. Usted es responsable por informar al hospital o casa de reposo si tiene un testamento vital.

Si usted no entiende alguna parte del formulario, posiblemente desee hablar con un abogado. Usted puede pedirle a su médico que explique las condiciones médicas. Usted puede completar todo o parte del formulario. La ley no requiere que use estos formularios. Diferentes formularios escritos a su manera se pueden usar. Usted debe consultar con un abogado si desea redactar su propio formulario.

No es un requisito hacer un testamento vital para recibir cuidado médico o por ninguna otra razón. La decisión de hacer un testamento vital es una decisión personal y debe formularse después de considerarlo seriamente.

Mientras usted sea un paciente en el Hospital de la Universidad de Kentucky o en el UK HealthCare Good Samaritan, puede contactar al Departamento de Servicios de Atención al Paciente y Familiares en caso de querer más información al 859-323-5501 u oficina H149.

- University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- UK HealthCare Ambulatory Services
- UK Dental and Oral Health Clinics

## AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)

### Sección 1557 de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio ("ACA" por sus siglas en inglés) AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES EN UK HEALTHCARE

La University of Kentucky cumple con las leyes federales de los derechos civiles y no discrimina basado en raza, color, origen nacional, incapacidad, o sexo. La University of Kentucky no excluye a la gente o la trata diferente por razones de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o sexo.

Los programas de salud y actividades de la University of Kentucky:

- 1 Proveen recursos y servicios para incapacitados para que ellos puedan comunicarse con eficacia con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes cualificados para el lenguaje de señas estadounidense
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles electrónicamente)
- Proveen servicios gratuitos de idioma a la gente cuyo primer idioma no es inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes médicos cualificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, contacte a cualquier empleado del programa de salud o actividad en UK.

Si usted cree que la University of Kentucky no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra forma basado en raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o sexo, usted puede presentar una queja con:

Martha Alexander, Section 1557 Coordinator, Executive Director and Title IX Coordinator  
Office of Institutional Equity and Equal Opportunity  
University of Kentucky  
13 Main Building  
Lexington, KY 40506-0032

Teléfono: (859) 257-8927

Fax: (859) 323-3739

E-mail: [martha.alexander@uky.edu](mailto:martha.alexander@uky.edu)

Usted puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax, o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, la oficina de UK HealthCare Patient Experience o Martha Alexander, Coordinador de la Sección 1557 está disponible para ayudarlo.

Usted también puede presentar una queja electrónicamente sobre los derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Humanos seleccionando "Cómo presentar una denuncia-Español," disponible al:

[https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf)

o por correo postal al:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Número telefónico: 1-800-368-1019

Número (DTS): 1-800-537-7697

Los formularios para presentar quejas están disponibles: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

## AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)



### SU DERECHO A UN INTÉRPRETE

Usted tiene el derecho a un intérprete un servicio gratuito.



#### American Sign Language (ASL)

You have the right to an interpreter at no cost to you. Please point to this line. An interpreter will be called. Please wait.

ENGLISH

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

SPANISH

Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno.

CHINESE

如果您讲汉语普通话，则可以免费向您提供语言协助服务。

GERMAN

Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachhilfen zur Verfügung.

VIETNAMESE

Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị, nếu quý vị nói tiếng Việt.

ARABIC

إذا كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات الترجمة اللغوية مجاناً

SERBO-CROATIAN  
(SERBIAN)

Ukoliko govorite srpski, na raspolaganju su vam besplatne usluge jezične pomoći.

JAPANESE

日本語を話される場合には、無償の言語支援サービスがご利用いただけます。

FRENCH

Si votre langue est le français, des services d'assistance linguistiques sont mis gratuitement à votre disposition.

KOREAN

모국어가 한국어일 경우 무료 언어지원 서비스가 제공됩니다.

FRISIAN  
(DUTCH)

Wann du Deitsch schwetscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helpt mit die englich Schprooch.

NEPALI

यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंले बिना कुनै शुल्क भाषा सहायता सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

OROMO  
(OROMO)

Yoo qooqa Oromo dubbatta tahe, tajaajilli gargaarsaa, baasi (kaffaltii malee) siif jira.

RUSSIAN

Если ваш язык — русский, то вам могут быть предоставлены бесплатные услуги переводчика.

TAGALOG

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo sa lengguahe na walang bayad.

BANTU  
(OROMO)

Niba uvuga Ikirundi, hari servisi itishurwa yo gusobanura indimi.

Servicios disponibles en 200+ idiomas.