

CÓNYUGE (COASEGURO) INFORMACIÓN	Enumere todos los coaseguros y/o coberturas del plan de asistencia de salud para empleados que usted o su cónyuge puedan tener
	Nombre de la compañía de seguros o del plan de asistencia de salud
	# de Póliza/Grupo Fecha de entrada en vigor:
	Nombre del titular de la póliza: Fecha de nacimiento:
	# de SS: Responsable:
INFORMACIÓN JURÍDICA Y MÉDICA	¿Sus síntomas o afecciones actuales están relacionados o son consecuencia de un accidente de tráfico, de una lesión laboral o de otro tipo de lesión personal del que alguien pudiera ser legalmente responsable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sus iniciales:
	Si su respuesta es afirmativa, llene el formulario específico para accidentes, disponible en la recepción.
	Embarazada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Médico familiar
	Persona de contacto en caso de emergencia (nombre y número de teléfono)
	Abogado Teléfono: :
	Dirección
ACUERDO CON EL PACIENTE & AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS MÉDICOS Y DEL PLAN DE SALUD PARA RECLAMACIONES S TRAMITACIÓN Y REEMBOLSO CONFORME A LA LEGISLACIÓN FEDERAL Y ESTATAL	Cesión legal de beneficios y designación de representante autorizado Teniendo en cuenta la cantidad de los gastos médicos en los que se incurrirá, yo, el abajo firmante, tengo un seguro y/o cobertura de beneficios de asistencia de salud para empleados con el arriba mencionado, y por la presente cedo y transfiero directamente al proveedor o proveedores de asistencia de salud arriba mencionados, como mi <u>Representante o Representantes Autorizados designados</u> , todos los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro, si lo hubiera, que de otro modo me correspondería pagar por los servicios prestados por dicho proveedor o proveedores, independientemente del estado de participación en la red de atención administrada de dicho proveedor o proveedores. Entiendo y acepto que soy legalmente responsable de todos y cada uno de los cargos totales reales expresamente autorizados por mí, independientemente de cualquier seguro aplicable o pago de beneficios. <u>Por la presente, autorizo al proveedor o proveedores arriba mencionados a divulgar toda la información médica necesaria para tramitar mis reclamaciones en virtud de HIPAA.</u> Por la presente autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, asegurador y a mi abogado a entregar a dicho proveedor o proveedores todos y cada uno de los documentos del plan, póliza de seguro y/o información de liquidación a solicitud escrita de dicho proveedor o proveedores con el fin de reclamar dichos beneficios médicos, reembolso o cualquier recurso aplicable. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de reclamaciones de beneficios de salud de mi seguro y/o empleado. Por la presente, cedo al proveedor o proveedores arriba mencionados, en la medida en que lo permitan las leyes, incluidas, entre otras, ERISA §502(a)(1)(B) y §502(a)(3), en virtud de cualquier plan o planes de salud colectivos para empleados, pólizas de seguro o pólizas públicas aplicables, cualquier reclamación de beneficios, reclamación por responsabilidad civil o extracontractual, elección de acción, reparación equitativa apropiada, recurso de recargo u otro derecho que pueda tener ante dichos planes de salud colectivos, emisores de seguros de salud o asegurador o aseguradores causantes de daños, con respecto a todos y cada uno de los gastos médicos incurridos legalmente como resultado de los servicios médicos que recibí del proveedor o proveedores arriba mencionados, y en toda la medida permitida por las leyes para reclamar o embargar dichos beneficios médicos, liquidación, reembolso del seguro y cualquier recurso aplicable, incluyendo, pero sin limitarse a, (1) obtener información sobre la reclamación en la misma medida que el cedente; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) hacer cualquier solicitud, o dar o recibir cualquier notificación sobre procedimientos de apelación; y (5) cualquier acción administrativa y judicial por parte de dicho proveedor o proveedores para proseguir con dicha reclamación, elección acción o derecho contra cualquier parte responsable o plan o planes de salud colectivos para empleados, incluyendo, si fuera necesario, presentar una demanda por parte de dicho proveedor o proveedores contra cualquier parte responsable o plan de salud colectivos para empleados en mi nombre con legitimación derivada pero a expensas de dicho proveedor o proveedores. A menos que sea revocada, esta cesión es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales en virtud de PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales aplicables. La fotocopia de esta cesión será considerada tan válida como el original. He leído y entiendo completamente este acuerdo.
	Firma del Asegurado/Tutor Fecha

Lista de control Para Estadísticas

Por favor, marque todo lo que corresponda:

Raza:

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Negro o afroamericano
- Blanco
- Otra raza, especifique: _____

Etnia:

- Hispano o latino
- No hispano o latino

Idioma preferido:

- Inglés
- India (incluye hindi y tamil)
- Español
- Ruso
- Otros: _____

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

**Formulario de divulgación y autorización para
referencia del paciente a otro(s) médico(s) o centro(s) no participante(s)**

Abogacía de elección de proveedor(es) por parte del paciente

Nombre del Paciente: _____ Nombre del médico: _____

Diagnóstico: _____ Otro médico: _____

Para tratamiento: _____ Otra Entidad: _____

Ubicación: _____

Estimado paciente:

Con el fin de servirle mejor con la más alta calidad de atención y seguridad a los costos más asequibles, a veces es necesario e importante tener otro o más proveedor(es) o entidades que se unan a nuestro equipo para completar o continuar sus procedimientos o tratamientos médicos con el fin de garantizar una pronta recuperación para usted. Nos gustaría mantenerle informado de su elección de proveedores(es) o entidades y obtener su autorización informada antes de nuestra referencia y programación para su(s) próximo(s) procedimiento(s) de tratamiento.

Los médicos que se indican a continuación están afiliados a uno o más de los proveedores de salud que se identifican a continuación y recibirán, directa o indirectamente, una remuneración de dicha entidad o entidades afiliadas por solicitar, conseguir o referir a pacientes a la entidad o entidades. Las afiliaciones pueden incluir, entre otras cosas, propiedad, empleo, acuerdos de consultoría o participación en consejos asesores. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de estas relaciones entre su médico y estas entidades, consulte a su médico. Su médico podrá tratar específicamente su situación médica particular y el impacto de cualquier posible relación externa.

PROVEEDORES DE SALUD:

The Woodlands Specialty Hospital

Ravi Moparty, M.D.

Medicina Familiar de North Houston:

Rajgopal Pakanati, M.D.

Humble: 8901 FM 1960 Bypass Rd, Suite 202, Humble, TX 77338

Param Maewal, M.D.

Conroe: 2400 FM 1488, Suite 400, Conroe, TX 77384

Richard Francis, M.D.

Oaks: 25312 I-45, Suite A, Spring, TX 77386

Robert Case, M.D.

Porter: 25540 FM 1314 Rd., Porter, TX 77365

Departamento de Cirugía de Woodlands Specialty Hospital, TMC

Si bien ningún proveedor o entidad podría participar en todas las redes de atención médica administrada, como la que su plan de salud ha contratado, este proveedor o proveedores o entidades pueden o no estar en la red de su plan de salud. Este formulario se utiliza para informarle de que hemos verificado que el proveedor o proveedores o entidades mencionados son un proveedor proveedores o entidades no participantes en su plan de salud.

Hemos verificado la cobertura de su seguro para proveedor o proveedores o entidades no participantes y el tratamiento / procedimiento o procedimientos recomendados y obtendremos precertificación si procede para todos los servicios como cortesía.

Por favor, comprenda que la verificación del seguro no es una garantía de pago del seguro según su plan de salud.

Si tiene alguna pregunta sobre si tiene beneficios fuera de la red o sobre sus obligaciones económicas en virtud de su plan de beneficios si acude a un proveedor fuera de la red, llame al número de atención al afiliado que se encuentra en su tarjeta de identificación del seguro.

Cumplimiento y divulgación según el Código de Ocupaciones de Texas - Sección 102.006

En cumplimiento de la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas en relación con mi consentimiento informado y mi elección personal de médicos y centros basada únicamente en la calidad y la seguridad de la atención, la reputación y la satisfacción del paciente, y mi conocimiento en mi toma de decisiones al ejercer mis derechos con respecto a la cobertura dentro o fuera de la red y los costos compartidos, mi(s) médico(s) tratante(s) y/u hospital (The Woodlands Specialty Hospital) me han revelado en el momento del contacto inicial y en el momento de la derivación con respecto a la elección de un médico o centro únicamente en interés de la calidad y seguridad de mi atención médica, como resultado de mi consentimiento informado y elección personal de médico(s) y/o centro: (A) su afiliación, si la hubiera, con el médico o centro al que se refiere al paciente y (B) que recibirá, directa o indirectamente, una remuneración por referirme a dicha solicitud y ejercer mis derechos de libertad de elección del proveedor o proveedores y del centro en virtud de la cobertura dentro o fuera de la red proporcionada por mi plan de salud, según lo protegido por todas las leyes federales y estatales aplicables, incluidas Medicare, ERISA, PPACA.

Soy consciente de que mi médico puede tener intereses financieros en el centro; se me ha informado sobre ello, y reconozco que tengo derecho a elegir a mis profesionales de salud y el lugar donde se realiza mi intervención.

Certifico que la Abogacía por la Libertad de Elección del Paciente para el/los Proveedor(es) con la divulgación específica anterior de mi(s) proveedor(es) cumple plenamente con la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas, de una manera permitida por la Sección 102.001, al aceptar remuneración para abogar, proteger, asegurar o solicitar un paciente o patrocinio para una persona licenciada, certificada o registrada por una agencia estatal reguladora de la atención médica.

Certifico que fui informado de los recursos alternativos eficaces razonablemente disponibles en el momento de tomar mi decisión, y de mi opción de utilizar uno de los recursos alternativos, y que el médico que me atiende me aseguró que el médico y su personal no me tratarán de forma diferente si elijo un proveedor o entidad alternativos.

Certifico que mi(s) médico(s) tratante(s) ha(n) realizado las referencias con respecto los otros proveedores o entidades no participantes basándose únicamente en las necesidades de mi atención médica individual, en el estándar de atención de la comunidad médica y en mi elección informada en cuanto a la calidad y seguridad de la atención que esperaré y recibiré, y en cuanto a la reputación profesional del proveedor y la satisfacción del paciente con el fin de proporcionarme la atención médica de calidad y asequible que yo esperaba personalmente en virtud de mi plan de salud para la cobertura fuera de la red.

He leído y entiendo completamente este Formulario de Divulgación y Autorización. Por la presente autorizo esta referencia a proveedor o proveedores o entidades no participantes y fuera de la red, según lo mencionado anteriormente.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO GENERAL

FORMULARIO DE CONDICIONES DE INGRESO Y TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA:	
	Solicito ingreso en The Woodlands Specialty Hospital. Doy mi consentimiento para los procedimientos que puedan realizarse durante este ingreso y/o visita ambulatoria, incluyendo tratamiento o servicios de emergencia y que pueden incluir, entre otros, servicios de laboratorio, examen de rayos X, procedimientos de diagnóstico, tratamiento o procedimientos médicos de enfermería o quirúrgicos, anestesia o servicios hospitalarios que se me presten según lo ordene mi médico u otro profesional de la salud del personal médico del hospital. Consiento voluntariamente a los procedimientos arriba mencionados, comprendiendo que The Woodlands Specialty Hospital no me ha dado ninguna garantía en cuanto a la curación o mejoría de mi afección. Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento e interrumpir mi participación en estos procedimientos en cualquier momento. Sin embargo, hacerlo puede obstaculizar mi tratamiento y/o resultado médico. Reconozco que la atención médica que reciba mientras esté en The Woodlands Specialty Hospital está bajo la dirección de mi(s) médico(s) tratante(s) y que The Woodlands Specialty Hospital no es responsable por actos de omisión de mi(s) médico(s) tratante(s). Además, autorizo a The Woodlands Specialty Hospital a retener o disponer de cualquier espécimen o tejido tomado.
INICIALES	
PROGRAMAS DE ENSEÑANZA:	
	WSH permitirá de manera ocasional a estudiantes de atención de salud observar la atención al paciente con fines educativos. Usted tiene derecho a rechazar su participación.
INICIALES	
INTERPRETACIÓN DE HISTORIALES MÉDICOS:	
	Entiendo que mi historial médico puede contener informes, resultados de pruebas y anotaciones que sólo un médico puede interpretar. Entiendo y se me ha aconsejado que debo ponerme en contacto con mi médico con respecto a las anotaciones hechas en mi expediente médico para evitar que yo malinterprete la información contenida en estas anotaciones. No responsabilizaré a The Woodlands Specialty Hospital por ninguna interpretación errónea de la información contenida en mi historia clínica como resultado de no haber consultado a mi médico para la interpretación correcta.
INICIALES	
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:	
	El abajo firmante acepta que todos los registros relativos al ingreso de este paciente seguirán siendo propiedad del centro. El abajo firmante entiende que los expedientes médicos y la información de facturación generados o mantenidos por el centro son accesibles al personal del centro y al personal médico. El personal del centro y el personal médico pueden utilizar y divulgar la información médica para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica y a cualquier otro médico, personal de atención médica o proveedor que sea o pueda ser responsable de la información médica del paciente involucrado en la atención continuada de este ingreso. El centro está autorizado a divulgar la totalidad o parte de la historia clínica del paciente a cualquier compañía de seguros, terceros pagadores, compañía de compensación laboral, grupo de empleadores auto asegurados u otra entidad (o sus representantes autorizados) que sean necesarios para el pago de la cuenta del paciente. El centro está autorizado a divulgar la totalidad o parte de la historia clínica del paciente según lo establecido en su Aviso de prácticas de privacidad, a menos que el paciente se oponga por escrito.
INICIALES	
CONSENTIMIENTO ESPECIAL PARA EL VIH Y LA HEPATITIS:	
	Reconozco que, en determinadas circunstancias, la legislación de Texas autoriza a The Woodlands Specialty Hospital a realizarme la prueba del VIH, sin mi consentimiento expreso (por ejemplo, en caso de exposición accidental a sangre u otro fluido corporal).
INICIALES	<i>Al poner mis iniciales en esta casilla, doy mi consentimiento específico para que se analice mi sangre para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y/o hepatitis si el médico que me atiende lo considera necesario (i) para determinar el tratamiento adecuado y/o los procedimientos de tratamiento para el paciente o (ii) para la protección del médico que me atiende</i>



	<p><i>Médico expuesto a los fluidos corporales del paciente de forma que pudiera transmitir una enfermedad. Se me ha informado sobre la naturaleza del análisis de sangre, su beneficio esperado, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el análisis de sangre.</i></p>
<p>RELACIÓN ENTRE MÉDICOS Y HOSPITALES:</p>	
	<p>Relación general: Los Médicos y los Profesionales de la Salud Aliados (AHP) que ejercen en The Woodlands Specialty Hospital tienen licencia y/o credenciales para ejercer en este centro. Los médicos y AHP prestan servicios médicos en The Woodlands Specialty Hospital, pero no son agentes ni empleados de The Woodlands Specialty Hospital. Entiendo que los médicos u otros profesionales de la salud pueden ser convocados para brindarme atención o servicios en mi nombre, pero es posible que no vea realmente a todos los médicos o profesionales de la salud que participan en mi atención, ni sea examinado por ellos; por ejemplo, es posible que no vea a los médicos que brindan servicios de radiología, patología, interpretación de electrocardiogramas y anestesiología. Entiendo que en la mayoría de los casos se cobrarán por separado los servicios profesionales prestados por los médicos a mí o en mi nombre y que recibiré una factura por estos servicios profesionales que es independiente de la factura por los servicios hospitalarios.</p>
<p>INICIALES</p>	<p>Relación de propiedad: THE WOODLANDS SPECIALTY HOSPITAL CONSIDERA QUE USTED TIENE DERECHO A TOMAR DECISIONES INFORMADAS CON RESPECTO A SU ATENCIÓN MÉDICA. PARA AYUDARLE A TOMAR UNA DECISIÓN INFORMADA, THE WOODLANDS SPECIALTY HOSPITAL LE NOTIFICA POR LA PRESENTE QUE CUMPLE CON LA DEFINICIÓN FEDERAL DE HOSPITAL PROPIEDAD DE MÉDICOS, DE CONFORMIDAD CON 42 C.F.R. §489.3. LOS MÉDICOS PROPIETARIOS SON: Ravi Moparty, M.D.</p>
<p>ACUERDOS FINANCIEROS:</p>	
	<p>Por los servicios aquí prestados o a prestarse al Paciente por The Woodlands Specialty Hospital, el abajo firmante, ya sea como paciente, agente o responsable, se compromete a pagar los cargos por la atención así prestada al Paciente por The Woodlands Specialty Hospital de conformidad con las tarifas estándar vigentes en ese momento de The Woodlands Specialty Hospital y todos los costos incurridos en el cobro de los mismos, junto con los honorarios de abogados, que The Woodlands Specialty Hospital considere necesarios y razonablemente requeridos para hacer valer los derechos de The Woodlands Specialty Hospital. En su paquete de ingreso se incluye una copia de la Política Financiera del centro. Al firmar a continuación, usted acusa recibo de una copia de esta política.</p>
<p>INICIALES</p>	
<p>CESIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO A THE WOODLANDS SPECIALTY HOSPITAL:</p>	
	<p>Como o en nombre del Asegurado bajo el seguro especificado en los documentos de registro del Paciente, y por lo demás pagadero al mismo (los derechos presentes y futuros del mismo y las sumas debidas o que se adeuden en virtud del mismo denominados "Derechos Contractuales", el abajo firmante cede y transfiere irrevocablemente a The Woodlands Specialty Hospital los Derechos Contractuales, y ordena a dicho(s) asegurador(es) que pague(n) todas las sumas debidas o que se adeuden en virtud del mismo directamente a The Woodlands Specialty Hospital o a su cesionario. Para efectuar dicho pago, The Woodlands Specialty Hospital irrevocablemente constituyó y nombró apoderado legal con poder de sustitución, para demandar o de otra manera cobrar y liquidar cualquier reclamación bajo los Derechos Contractuales como asegurado sin previo aviso o aprobación del Asegurado y para endosar a nombre del Asegurado cualquier cheque u otro instrumento para el pago o sumas de dinero. Además, entiendo que los SERVICIOS ANESTESIOLÓGIA, MÉDICOS, PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA y algunos SERVICIOS DE LABORATORIO me facturarán por separado y les asignarán los beneficios de mi seguro si sus servicios se prestan durante mi tratamiento. También les autorizo a divulgar la información médica que necesite mi compañía de seguros para tramitar la reclamación.</p>
<p>INICIALES</p>	

	Si el Asegurado recibe dinero directamente del Asegurador(es), el mismo será mantenido en fideicomiso y transferido inmediatamente a The Woodlands Specialty Hospital por las cantidades adeudadas. Esta cesión es irrevocable con intereses hasta el pago total y completo de todo el dinero adeudado al Establecimiento y sus afiliados por este evento de admisión o de otra manera. El dinero recibido por The Woodlands Specialty Hospital de la(s) Aseguradora(s) o de otras fuentes de terceros, menos los gastos en su obtención, se deducirá del monto principal adeudado por los servicios prestados al Paciente. Si los cargos no cubiertos por el seguro no pueden ser pagados en su totalidad a su vencimiento, el abajo firmante se compromete, previa solicitud, a firmar un pagaré con intereses a la tasa máxima legal para pagar toda la deuda no pagada si se aprueba el crédito.
INICIALES	
COBERTURA DEL NONATO:	
	Si estoy embarazada, el consentimiento para el tratamiento, las exoneraciones, las cesiones y el acuerdo de responsable mencionados anteriormente se aplican a mi hijo recién nacido si nace en este centro durante este período de tratamiento.
INICIALES	
PRECERTIFICACIÓN DE SEGURO:	
	Entiendo que la precertificación para mi seguro es una responsabilidad del paciente. Asumo toda la responsabilidad de notificar a mi compañía de seguro y obtener aprobación.
INICIALES	
ASIGNACIÓN DE MEDICARE, CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO:	
	Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago en virtud del Título XVIII de la Ley de la Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a que facilite a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para ésta o las reclamaciones de Medicare relacionadas, solicito que se efectúe en mi nombre el pago de las prestaciones autorizadas.
INICIALES	
RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:	
	La descripción de cómo se utilizará y divulgará su información médica se resume en el Aviso de Privacidad del Paciente. Se incluye una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Institución en su paquete de ingreso y se publica en la Institución. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro. Entiendo que, si tengo preguntas o quejas, puedo comunicarme con el funcionario de privacidad al: <u>The Woodlands Specialty Hospital (281) 602-8160</u>
INICIALES	
RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:	
	En su paquete de ingreso se incluye una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente. Al firmar a continuación, usted acusa recibo de una copia de los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes del centro.
INICIALES	
LEY DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE:	
	He recibido información sobre los derechos que me otorga la ley estatal para tomar decisiones relativas a mi atención médica, incluido el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico y el derecho a formular una directiva anticipada.
INICIALES	
ESCRIBA SUS INICIALES EN LAS SIGUIENTES DECLARACIONES APLICABLES <input type="checkbox"/> He ejecutado una Directiva Anticipada/Testamento Vital y he solicitado proporcionar una copia al Hospital. <input type="checkbox"/> He ejecutado una Directiva Anticipada. <input type="checkbox"/> Deseo ejecutar una Directiva Anticipada. <input type="checkbox"/> No deseo ejecutar una Directiva Anticipada.	

Yo, el abajo firmante, como paciente, padre, tutor, cónyuge, responsable o agente del paciente, certifico por la presente que he leído y comprendido plena y completamente este Formulario de Condiciones de Ingreso y Tratamiento de manera libre y voluntaria, y acepto regirme por sus términos. No he recibido promesas, seguridades ni garantías de nadie en cuanto a los resultados que puedan obtenerse mediante cualquier tratamiento o servicio médico.

El paciente es médicamente incapaz de firmar el consentimiento

Firma: _____

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Si no es el paciente, indique el parentesco: _____

Cónyuge (si está casado/disponible): _____ Fecha _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Paciente se negó a firmar El paciente se fue en contra del consejo médico

Firma del testigo: _____ Fecha: _____



Aviso de divulgación de la participación en seguros comerciales

The Woodlands Specialty Hospital participa en Planes Selectos de Seguros comerciales como Proveedor dentro de la Red.

The Woodlands Specialty Hospital presentará, en su nombre, una reclamación a su plan de seguro comercial ya sea dentro o fuera de la red.

Todos los pacientes deben saber que las leyes Federales y de Texas apoyan su elección de cualquier Centro/Sala de Emergencia. Se le eximirá de toda responsabilidad para elegir la Sala de Emergencia más cercana.

Firma del paciente; _____

Fecha: _____