

# SHRINERS HOSPITALS FOR CHILDREN

## CONDICIONES DE ADMISIÓN

---

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Si el niño es admitido, los padres/tutores legales aceptan:

1. Los abajo firmantes certifican que, a su leal saber y entender, la información que han suministrado a Shriners Hospitals for Children es fiel y completa. Al firmar a continuación, yo/nosotros certifico/certificamos que soy/somos los padres biológicos o adoptivos, o los tutores legales, del niño arriba mencionado, y que estoy/estamos autorizado/s legalmente para prestar consentimiento para el tratamiento médico del niño. Yo/Nosotros acuerdo/acordamos notificar al hospital si en el futuro se produce cualquier cambio en esta relación.
2. Yo/Nosotros autorizo/autorizamos cuidados hospitalarios que comprenden estudios de laboratorio, procedimientos diagnósticos y tratamiento médico, incluido el tratamiento como paciente ambulatorio, que el Director Médico o sus asistentes o personas designadas consideren necesario a su criterio.
3. De considerarse necesario, se me/nos podrá pedir el consentimiento para el uso o transfusiones de sangre y de productos de la sangre para el niño. Yo/Nosotros tengo/tenemos el derecho de negar dicho consentimiento. Si yo/nosotros niego/negamos el consentimiento, acepto/aceptamos que, a su criterio exclusivo, el médico del niño que ha considerado necesario el uso de una transfusión de sangre o productos de la sangre podrá dar el alta hospitalaria al niño para que yo/nosotros haga/hagamos las coordinaciones pertinentes para su tratamiento en otro hospital de mi/nuestra elección.
4. La información sobre la salud del niño podrá ser usada por Shriners Hospitals for Children para el tratamiento del niño, para el pago de servicios de terceros y para fines operativos del hospital.
5. Además, se me/nos podrá pedir autorización para usar la información sobre la salud del niño para fines científicos y educativos. La información usada puede incluir la naturaleza de la condición clínica del niño, las operaciones y procedimientos realizados y sus resultados, los resultados de estudios diagnósticos, rayos x, películas y fotografías. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que Shriners Hospitals for Children hará todos los esfuerzos a su alcance para asegurar que no se revele la identidad del niño a menos que yo/nosotros autoricemos la identificación específicamente, por escrito.

Testigo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o tutor legal

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si tiene 14 años de edad o más)