



De acuerdo con First 5 of Santa Barbara, si usted vive en el condado de Santa Barbara puede ser elegible para una *Visita en el Hogar de una Enfermera de Welcome Every Baby (WEB, por sus siglas en inglés)*.

- Sí. Me gustaría que una enfermera de WEB se comunicara conmigo para comentar mi posible participación en el *Programa de Visita en el Hogar WEB* sin costo alguno para mí ni seguro.
- Nó.** Prefiero no participar en este momento.

Por la presente autorizo: que Santa Barbara Cottage Hospital le proporcione al coordinador WEB del hospital una copia de este formulario de consentimiento para que WEB pueda comunicarse conmigo para explicar y ofrecerme los servicios de WEB. Yo mantengo los siguientes derechos: tener una copia de este formulario y revocar mi consentimiento en cualquier momento. El uso, la divulgación y la protección de la confidencialidad de la salud e información médica del paciente está sujeta al cumplimiento de las leyes correspondientes de privacidad estatales y federales incluyendo la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, Ley Pública 104-191 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Este acuerdo vencerá dos (2) semanas a partir de la fecha en la que se firme.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ a.m./p.m.  
(Signature) (Date) (Time)

Si firma otra persona que no sea la paciente, indique el parentesco: \_\_\_\_\_  
(If not patient signing, relationship)

Por favor anote la dirección y número de teléfono donde se le pueda localizar **durante las dos primeras semanas después del alta**. Por favor agregue cualquier otro número al que podamos llamar, si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Name) (Phone)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_  
(Address) (Alternate Phone)

**Domicilio (si es diferente a la mencionada arriba):**  
(Home address if different than above)

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
(Name) (Phone)  
Dirección \_\_\_\_\_  
(Address)

Fecha del Parto: \_\_\_\_\_ Fecha del Alta: \_\_\_\_\_ Vaginal o Cesdrea \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_  
(Delivery Date) (Discharge Date) (Vaginal or Cesarean)

Obstetra: \_\_\_\_\_ Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Niño o Niña: \_\_\_\_\_ Apgars \_\_\_\_\_ G.A \_\_\_\_\_  
(OB) (Baby's Name) (Boy or girl)

Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ Peso al Ser Dado de Alta: \_\_\_\_\_ Ped.: \_\_\_\_\_  
(Birth Wt.) (Discharge Wt.)

- El Ayuda con la lactancia (Help Breastfeeding)
- Otra información importante: \_\_\_\_\_ (Other info)

Si opta por no inscribirse para recibir los servicios WEB en este momento, puede llamar a la Línea - WEB en cualquier momento para recibir ayuda con la lactancia, el cuidado de su recién nacido, depresión post-parto (PPD, por sus siglas en inglés), otros temas maternos o relacionados con el recién nacido y el desarrollo del niño. Línea -WEB: (805) 729-1593.



Estimado Paciente:

Su médico ha ordenado el uso de servicios de atención a la salud/equipo médico en el hogar como parte de su cuidado después de ser dado de alta de Santa Barbara Cottage Hospital.

Nuestros Encargados de Casos (planificadores de alta) le proporcionarán la información necesaria sobre agencias que prestan servicios de atención a la salud/equipo médico en el hogar para ayudarle a tomar su decisión. Por favor tenga en cuenta que si usted está inscrito en un Plan de Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, pos sus siglas en inglés) u otro plan de servicios médicos administrados, es posible que su plan cuente con disposiciones especiales relacionadas a la elección de proveedores de atención a la salud/equipo médico en el hogar. Nuestros Encargados de Casos (planificadores de alta) le ayudarán a comunicarse con su HMO o plan de de servicios médicos administrados con el fin de obtener toda la información necesaria.

Los reglamentos Federales y / o Estatales requieren la divulgación de una posible relación financiera o acuerdo de compensación entre el Médico que lo envía y el hospital antes mencionado y / o con la agencia de atención a la salud / equipo médico en el hogar. Si desea información adicional sobre la posible existencia y la naturaleza de cualquier relación o acuerdo, por favor comuníquese con el Médico que lo envía.

Una vez que usted haga su selección, el Encargado de Casos (Planificador de Alta) hará los arreglos necesarios para usted.

Agencia de Atención a la Salud en el Hogar: \_\_\_\_\_  
(Home Health Agency)

Compañía de Equipo: \_\_\_\_\_  
(Equipment Company)

Servicio de Infusión: \_\_\_\_\_  
(Infusion Services)

Firmas:  
(Signatures)

_____	_____	_____
Fecha/ Date	Hora/Time	Representante del Hospital/ Hospital Representative.
_____	_____	_____
Fecha/ Date	Hora/Time	Paciente o Parte Responsable / Patient or Responsible Party

## NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE ATENCIÓN EN EL HOGAR DESPUÉS DEL ALTA



**WEB CONSENT  
FORM (SPANISH)**