



Junta Médica de Oregon  
1500 SW 1st Avenue Ste 620  
Portland, Oregon 97201  
[www.oregon.gov/OMB](http://www.oregon.gov/OMB)

PARA: Los médicos y asistentes médicos interesados en inscribirse con la Junta para la Limitación de Responsabilidad por Servicios Donados

DE: Junta Médica de Oregon

ASUNTO: **LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR SERVICIOS DONADOS**

Los Estatutos Revisados de Oregon 676.340 y 676.345 limitan la responsabilidad de los médicos con licencia, asistentes médicos, y otros profesionales de la salud de Oregon de lesiones, muerte u otra pérdida que pueda surgir de los servicios que prestan sin compensación. Estos profesionales de la salud son responsables solo cuando dicha pérdida resulte de negligencia grave por su parte, siempre y cuando hayan cumplido las siguientes condiciones previas:

1. El médico o el asistente médico está inscrito en la Junta Médica de Oregon como proveedor de servicios de atención médica sin compensación que desea reivindicar la limitación de responsabilidad establecida en ORS 676.340 y 676.345.
2. El paciente, o una persona que tiene autoridad bajo la ley para tomar decisiones por el paciente, firma una declaración que notifica al paciente de que los servicios de salud se proporcionan sin compensación y que el profesional es responsable solo en la medida prevista por la ley. El presente formulario de *Notificación de servicios médicos prestados sin compensación y limitación de responsabilidad del médico/asistente médico* debe ser firmado antes de recibir los servicios.
3. El profesional recibe el consentimiento informado del paciente, o la persona que tiene autoridad bajo la ley para tomar decisiones de atención médica para el paciente, antes de proporcionar los servicios de salud.
4. El profesional proporciona servicios de atención médica sin compensación, excepto para el reembolso de las cuotas de laboratorio, servicios de pruebas y otros gastos de desembolso directo.

No hay ningún cargo por la Junta Médica de Oregon para la inscripción en este programa, que debe renovarse anualmente. Sin embargo, para mantener los gastos en un nivel bajo, la Junta no enviará notificaciones de renovación. Los médicos y asistentes médicos participantes serán responsables de la actualización de su propia inscripción cada año.

El formulario de inscripción debe llenarse y devolverse a la Junta, y el formulario de *Notificación de servicios médicos prestados sin compensación y limitación de responsabilidad del médico/asistente médico* debe ser firmado por el paciente antes de prestar los servicios de atención médica. Usted puede obtener copias adicionales de este formulario en la página web de la Junta Médica de Oregon en: [www.oregon.gov/OMB](http://www.oregon.gov/OMB). Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Junta Médica de Oregon en 971-673-2700.



## Limitación de responsabilidad de los profesionales de la salud que prestan servicios de atención médica sin compensación

A continuación se presentan las partes de los Estatutos Revisados de Oregon que rigen las limitaciones de responsabilidad de los profesionales de la salud que prestan servicios de atención médica sin compensación, y el programa de inscripción para los profesionales de la salud que reclaman la limitación de responsabilidad.

### **676.340 Limitación de responsabilidad de los profesionales de la salud que prestan servicios de atención médica sin compensación; requisitos; excepciones; honorarios de abogados; aplicabilidad.**

- (1) No obstante cualquier otra disposición de la ley, un profesional de la salud descrito en la subsección (7) de esta sección que se ha inscrito bajo ORS 676.345 y que proporciona servicios de atención médica sin compensación no es responsable por ninguna lesión, muerte u otra pérdida que surja de la prestación de dichos servicios, a menos que la lesión, muerte u otra pérdida resulte de una negligencia grave del profesional de la salud.
- (2) El profesional de la salud puede reclamar la limitación de responsabilidad establecida en esta sección solo si el paciente que recibe servicios de atención médica, o una persona que tiene autoridad bajo la ley para tomar decisiones de atención médica para el paciente, firma una declaración que informa al paciente que los servicios de atención médica se prestan sin compensación y que el profesional de la salud puede ser considerado responsable de la muerte, lesiones u otras pérdidas solo en la medida prevista por esta sección. La declaración prevista en esta subsección debe ser firmada antes de que se presten los servicios de atención médica.
- (3) El profesional de la salud puede reclamar la limitación de responsabilidad establecida en esta sección solo si el profesional de la salud obtiene el consentimiento informado del paciente para los servicios de atención médica antes de proporcionar los servicios, o recibe el consentimiento informado de una persona que tiene autoridad bajo la ley de tomar decisiones de atención médica para el paciente.
- (4) El profesional de la salud presta servicios de atención médica sin compensación a los efectos de la subsección (1) de esta sección, aunque el profesional requiera el pago de cuotas de laboratorio, servicios de pruebas y otros gastos de desembolso directo.
- (5) El profesional de la salud presta servicios de atención médica sin compensación a los efectos de la subsección (1) de esta sección, aunque el profesional preste servicios en una clínica de salud que reciba compensación por parte del paciente, siempre y cuando el profesional de la salud no reciba personalmente compensación por los servicios.
- (6) En cualquier acción civil en la que un profesional de la salud prevalezca en base a la limitación de responsabilidad establecida por la presente sección, la corte concederá todos los honorarios razonables de abogados incurridos por el profesional de la salud en la defensa de la acción.
- (7) Esta sección solo se aplica a:
  - (a) Un médico con licencia bajo ORS 677.100 a 677.228; (b) Una enfermera con licencia bajo ORS 678.040 a 678.101;
  - (c) Una enfermera practicante con licencia bajo ORS 678.375 a 678.390;
  - (d) Un especialista en enfermería clínica certificada bajo ORS 678.370 y 678.372;

- (e) Un asistente médico con licencia bajo ORS 677.505 a 677.525;
- (f) Un higienista dental con licencia bajo ORS 680.010 a 680.205;
- (g) Un dentista con licencia bajo ORS 679.060 a 679.180; (h) Un farmacéutico con licencia bajo ORS capítulo 689, y (i) Un optometrista con licencia bajo ORS capítulo 683.

### **676.345 Programa de inscripción para profesionales de la salud que reclaman limitación de responsabilidad; requisitos del programa;**

- (1) El profesional de la salud descrito en ORS 676.340 (7) puede reclamar la limitación de responsabilidad establecida en ORS 676.340 si el profesional de la salud se ha inscrito en un consejo regulador de profesionales de la salud en la forma dispuesta por esta sección. La inscripción bajo esta sección se debe hacer:
  - (a) Por un médico o un médico asistente, con la Junta Médica de Oregon;
  - (b) Por una enfermera, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica, con la Junta de Enfermería del Estado de Oregon;
  - (c) Por un dentista o higienista dental, con la Junta de Odontología de Oregon;
  - (d) Por un farmacéutico, con la Junta de Farmacia del Estado;
  - (e) Por un optometrista, con la Junta de Optometría de Oregon.
- (2) Los consejos reguladores de profesionales de la salud que figuran en la subsección (1) de esta sección deberán establecer un programa de inscripción para los profesionales de la salud que prestan servicios de atención médica sin compensación y que desean estar sujetos a la limitación de responsabilidad proporcionada por ORS 676.340. Todos los profesionales de la salud inscritos en el programa deben proporcionar al consejo regulador de profesionales de la salud con:
  - (a) Una declaración de que el profesional de la salud proporcionará servicios de atención médica a los pacientes sin compensación, excepto para el reembolso de las cuotas de laboratorio, servicios de pruebas y otros gastos de desembolso directo.
  - (b) Una declaración de que el profesional de la salud proporcionará el aviso requerido por ORS 676.340 (2) en la forma prevista en ORS 676.340 (2) antes de la prestación de los servicios; y
  - (c) Una declaración de que el profesional de la salud solo proporcionará servicios de atención médica sin compensación que estén dentro del alcance de la licencia del profesional de la salud.
- (3) La inscripción bajo esta sección debe realizarse anualmente. Los consejos reguladores de profesionales de la salud que figuran en la subsección (1) de esta sección no deberán cobrar una cuota de inscripción conforme a esta sección.



Oregon Medical Board  
 1500 SW 1<sup>st</sup> Ave, Suite 620  
 Portland, Oregon 97201  
[www.oregon.gov/OMB](http://www.oregon.gov/OMB)

## INSCRIPCIÓN PARA LA LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA MÉDICOS Y ASISTENTES MÉDICOS

Esta inscripción es válida por un año desde la fecha de su recepción por la Junta Médica de Oregon. La inscripción debe renovarse anualmente. Si usted desea renovar esta inscripción, envíe un nuevo formulario de inscripción a la Junta dos semanas antes de la fecha de vencimiento.

Select One:  MD     DO     DPM     PA

---

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
----------	---------------	----------------

---

Dirección de práctica

---

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

---

Número de teléfono de práctica	Número de licencia
--------------------------------	--------------------

Según ORS 676.340 y 676.345 un médico o un asistente médico (PA) que esté inscrito en la Junta Médica de Oregon y que proporciona servicios de atención médica sin compensación no se hace responsable de ninguna lesión, muerte u otra pérdida que surja de la prestación de dichos servicios, a menos que la lesión, muerte u otra pérdida resulte de la negligencia del médico o asistente médico.

Al registrarse con la Junta Médica de Oregon, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Proporcionaré servicios de atención médica a los pacientes sin compensación que estén dentro del alcance de mi licencia, salvo para el reembolso de las cuotas de laboratorio, servicios de pruebas y otros gastos de desembolso directo.
2. Proporcionaré al paciente o persona autorizada por la ley para tomar decisiones de atención médica para el paciente, una declaración que notifique al paciente que mis servicios de atención médica se proporcionan sin compensación, y que puedo ser considerado responsable de la muerte, lesión u otras pérdidas solo si la lesión, muerte u otra pérdida resulta de negligencia grave. El paciente firmará un formulario de *Notificación de servicios médicos prestados sin compensación y limitación de responsabilidad del médico/asistente médico* antes de que se presten los servicios de atención médica.
3. Obtendré el consentimiento informado del paciente, o la persona que tiene autoridad bajo la ley para tomar decisiones de atención médica para el paciente, antes de proporcionar los servicios de salud.

---

Firma del titular de la licencia

---

Fecha



Oregon Medical Board  
 1500 SW 1<sup>st</sup> Ave, Suite 620  
 Portland, Oregon 97201  
[www.oregon.gov/OMB](http://www.oregon.gov/OMB)

## NOTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS SIN COMPENSACIÓN Y LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO/ASISTENTE MÉDICO

Nombre del paciente (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del médico/asistente médico (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

**Marque una opción:**

Soy el paciente

-O-

Soy una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica para el paciente

Nombre del representante autorizado (letra de imprenta)  
 \_\_\_\_\_

Mi médico/asistente médico (PA) me está proporcionando los servicios de atención médica de forma gratuita. Sin embargo, se me puede exigir que pague a mi médico/PA por cuotas de laboratorio, servicios de pruebas u otros gastos de desembolso directo. En caso de que mi médico/PA esté proporcionando los servicios en una clínica de salud, también se me puede requerir que pague la cuota de la clínica por los servicios de mi médico/PA. Sin embargo, a mi médico/PA no se le pagará por la prestación de estos servicios.

Al firmar este formulario de notificación, entiendo y estoy de acuerdo que mi médico/PA no se hace responsable de ninguna lesión, muerte u otra pérdida que surja de estos servicios de atención médica a menos que la lesión, muerte u otra pérdida sea causada por negligencia grave de mi médico/PA.

He recibido esta notificación y la firmo antes de recibir cualquier servicio de atención médica. Además, he dado mi consentimiento informado para recibir estos servicios de atención médica por parte de mi médico/PA.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

-O-

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante autorizado del paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha