



Salinas Endoscopy Center

A Covenant Surgical Partner

John R. Carlson, M.D., F.A.C.P.
Lillian Choi, M.D.

Prathibha Chandrasekaran, M.D.
Ronald Waloff, M.D.

Diplomates of the American Board of Gastroenterology

Nombre del Paciente

Numero de Registro

La informacion de este paquete es muy importante. Porfavor de leer y revisar antes de su estudio.

Su procedimineto es con el Dr. _____ en _____

Para una _____ **Endoscopia**

Instrucciones: Necesita que estar en ayunas después de la medianoche. Se necesita un conductor para recoger después del examen. No use lociones o perfumes con fragancias.

_____ **Colonoscopia**

Instrucciones: Por favor pase por nuestra oficina por lo menos tres 3 días antes de su procedimiento para recoger una receta e instrucciones para el kit de preparación. Kits de preparación están disponibles en nuestra oficina o en su farmacia preferida. Cobramos \$20 por el kit. Se necesita un conductor para recogerle después de su procedimiento. No utilizar lociones o perfumes con fragancias.

Es necesario llegar al 1081 Los Palos Drive alas _____.

Por favor completar todas las formas antes de su cita y traerlos con usted. Traiga una lista de todos los medicamentos que esté tomando. Siga tomando todos los medicamentos como normal **excepto medicina para la diabetes** (insulina u orales hipoglucémicos). Puede tomar una taza pequeña de agua en la mañana de su procedimiento (menos de 6oz.).

Nuestra política financiera esta para su revisión. Si tiene cualquier duda, estamos disponibles para contestar a (831) 771-1458. Nosotros Aceptamos la cesión de la parte B de Medicare. Como cortesía le facturará hasta dos seguros para todos los servicios realizados por nuestros médicos en nuestras instalaciones. **Favor de traer información de su seguro actual contigo.** El coaseguro, deducible o copago se recogerán en el día de su procedimiento. **Por favor llámenos si no puede hacer su cita, nuestra política de no presentación puede someterlo a una tarifa de \$150.**

A Medicare Accredited Facility



CONTENIDO

Conosca a su médico.....	3
Forma Demografica de Paciente.....	4
Pre-Procedimiento Historial médico.....	5
Consentimineto Informado.....	6
Información Financiera.....	7
Nuestra Política Financiera.....	8
Divulgacion de Interés Financiero	9
Consentimiento de Paciente para medidas de resucitación.....	10
Nuestra Política de Privacidad.....	11 – 13
Consentimiento para Servicios de Anestesia.....	14



SOBRE SU MÉDICO

John Carlson, M.D.

Dr. John Carlson fue criado en el sur de California. Asistió a la Universidad de California, Berkeley, donde él jugó colegial de waterpolo y se especializó en Microbiología. Asistió a la Facultad de medicina de la Universidad de California, Los Ángeles, graduándose en 1978 y posteriormente completó su internado de medicina interna, también en California, en 1981. Completó su especialización en gastroenterología en la UCSF en 1985. Después de mudarse a Salinas en 1985, el Dr. Carlson había presidido el departamento médico SVMH de 1996 a 1998 y de 2014 a 2016. Él es un miembro de la ACP, AGA, ASGE, AMA y MCMS.

Dr. Carlson vive en Salinas con su esposa y disfruta visitando a sus hijos en el área de la bahía en los fines de semana.



Prathibha Chandrasekaran, M.D.

Dr. Chandrasekaran completó su entrenamiento de medicina en la Universidad de Bangalore en la su tierra natal India. Ella terminó su beca y residencia en la Universidad Estatal de Nueva York. Ella está Certificada en Medicina Interna y Gastroenterología.

La Dr. Chandra, como le gusta que la llamen, vive en Gilroy y disfruta viajar en su tiempo libre.



Lillian Choi, M.D.

Dr. Choi es natal de la zona de la bahía, creciendo en Castro Valley, California. Ella asistió a UC Davis como estudiante y fue a Universidad de Colorado para la Facultad de medicina. Posteriormente, completó su residencia y prácticas en UC Irvine. Por último, completó una beca de especialidad en gastroenterología de la Clínica Mayo.

La Dr. Choi vive en Salinas y disfruta pasar tiempo con su familia extendida en el área de la bahía.





INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA DE NACIMIENTO:
SSN#: SEXO: M F ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO DIVORCIADO VIUDO
DIRECCIÓN DE CORREO:
CIUDAD: ESTADO: CODIGO POSTAL:
TELEFONO PRIMARIO#: OTRO#: CORREO ELECTRONICO:
RAZA: CAUCASIAN HISPANICO AFROAMERICANO OTRO:
ETNICIDAD: HISPANIO or LATINO NO HISPANIC or LATINO OTRO:
LENGUAJE PREFERIDO:
EMPLEADOR: OCUPACIÓN:
DOCTOR PRIMARIO: TELEFONO#:
PAREJA/ PADRES:
FECHA DE NACIMIENTO: SSN#: TELEFONO#:
CONTACTO DE EMERGENCIA:
TELEFONO #: RELACION:
FARMACIA PREFERIDA: TELEFONO#:
INFORMACION DE SEGURO:
ASEGURANZA PRIMARIA:
SUSCRIPTOR Y FECHA DE NACIMIENTO: RELACION AL PACIENTE:
ASEGURANZA SECUNDARIA:
SUSCRIPTOR Y FECHA DE NACIMINETO: RELACION AL PACIENTE:
SI ES MENOR DE 18 ANOS DE EDAD:
NOMBRE DEL PADRE: TELEFONO#:
NOMBRE DE LA MADRE: TELEFONO#:

HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA Y DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN ESTA POLÍTICA. RECONOZCO RESPONSABILIDAD FINANCIERA TOTAL POR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL CENTRO DE ENDOSCOPIA DE SALINAS Y ACUERDO RAZONABLE DE PAGAR HONORARIOS DE ABOGADO Y COSTOS DE COBRANZA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE MIS CARGAS. ADEMÁS AUTORIZAR Y SOLICITAR QUE SEGURO PAGAR DIRECTAMENTE AL CENTRO DE ENDOSCOPIA DE SALINAS, DEBE ELEGIR RECIBIR DICHO PAGO. UNA FOTOCOPIA DE ESTA ASIGNACIÓN SE CONSIDERA VÁLIDA COMO EL ORIGINAL. AUTORIZO DICHO CESIONARIO PARA LIBERAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO. AUTORIZO A SALINAS CENTRO DE ENDOSCOPIA PARA INICIAR UNA QUEJA ANTE EL COMISIONADO DE SEGUROS PARA CUALQUIER MOTIVO EN MI NOMBRE.

SIGNED: DATE:



PRE-PROCEDURE HISTORY

Nombre: _____ Fecha y hora de cita: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Endoscopologo: _____ Procedimiento: _____
 Altura: _____ Peso: _____ Doctor de referencia: _____

Usted tiene:

Perdida de peso reciente?	SI	NO	Diarrea?	SI	NO	Difficultad al pasar?	SI	NO
Dolor abdominal?	SI	NO	estreñimiento?	SI	NO	Reflujo Gátrico?	SI	NO
Vomito?	SI	NO	Sangrado Rectal?	SI	NO	Barrett's Esophagus?	SI	NO
Anemia?	SI	NO	Diverticular disease?	SI	NO	Úlceras Gástricas?	SI	NO
Sangre en el escremento?	SI	NO						

Historial de Cáncer en el colon?	SI	NO
Historial de Cáncer gástrico?	SI	NO
Historial de Cáncer en el esófago?	SI	NO
Historial de polipo en el colon?	SI	NO

Usted tiene historia familiar de:

Cáncer en el estómago?	SI	NO	Quién? _____	Cáncer del esófago?	SI	NO	Quién? _____
Cáncer en el colon?	SI	NO	Quién? _____	Polipo en el colon?	SI	NO	Quién? _____
Colitis Ulcerativa?	SI	NO	Quién? _____	Enfermedad de Crohn's?	SI	NO	Quién? _____

Usted a tenido previas:

Endoscopia o Colonoscopia?	SI	NO	Cuando? _____
Cirugía del abdomen, pélvicas, o el estómago?	SI	NO	Cuando? _____
Otras Cirugías?	SI	NO	Cuando? _____

Tiene usted otro problema médico como:

Del Corazón?	SI	NO	Valvula Artificial?	SI	NO
Marcapasos?	SI	NO	Problemas de Riñón ?	SI	NO
Alta presión?	SI	NO	Problemas del Pulmón?	SI	NO
Ataques Cerebrales?	SI	NO	Apnea del Sueño?	SI	NO
Glaucoma?	SI	NO	Cholesterol Alta?	SI	NO
Diabetes?	SI	NO			

Toma medicamentos anticoagulantes como:

Coumadin?	SI	NO	Plavix?	SI	NO	Ticlid?	SI	NO
Aspirin?	SI	NO	Pradaxa?	SI	NO	Clopidogrel?	SI	NO
Eliquis?	SI	NO	Xarelto?	SI	NO			

**Si sí, estos medicamentos deben suspenderse 3-5 días antes del procedimiento. Si un pólipo grande es removido tendrá que suspender la medicina 3-5 días adicionales. Si hay un problema, por favor consulte con su médico familiar.*

ALLERGIAS A MEDICINA: _____

Firma del Paciente

Fecha

INTERNAL USE ONLY: CRNA _____

A Medicare Accredited Facility



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDOSCOPY GASTROINTESTINAL

Explicación Del Procedimiento

Vizualización directa del tracto digestivo con un instrument es referido a una endoscopia gastrointestinal. Su medico ha asesorado que tenga usted este tipo de procedimiento. La siguiente información es para ayudar entender la razón y los riesgos de estos procedimientos.

Va a recibir sedante para el procedimiento. Durante el tiempo de su procedimiento el forro de el tracto digestivo va a hacer inspeccionado completamente y posiblemente fotografiado. Si hay cualquier anomalía o sospechoso, una parte de el tejido (biopsia) va a hacer sacado. Estas muestras se mandan al laboratorio para examinar si se presentan con células anormales. Crecimientos pequeños (pólipos) son quitados si se ven.

Riesgos Principales y Complicaciones de Endoscopy Gastrointestinal

Endoscopia gastrointestinal es un procedimiento de bajo riesgo. El riesgo de complicaciones es menos de uno de mil personas. Comparado a las estadísticas nacionales, los procedimientos de Los Palos Ambulatory Center estadísticas ensenaros 0.01% de complicaciones, cual es una complicación de 10,000 casos. Aun así por debajo son las complicaciones posibles. El medico va a analiza la frecuencia con usted de el procedimiento. Tiene el derecho de preguntarle al doctor cualquier pregunta de su examen.

1. **PERFORACION:** Por pasar el instrument puede resultar en herir el tracto gastrointestinal con posibilidad de fuga del tracto has a la cavidad corporal. Si esto ocurre cirugía para cerrar la fuga o desagüe de la zona is usualmente requerido.
2. **PERDIDA DE SANGRE:** Perdida de sangre, si esto ocurre usualmente es una complicación de biopsia, polipectomia or dilatación. Tratamiento para esta complicación consiste en solo observación cerca, puede requerir transfusion or posiblemente cirugía.
3. **MEDICACIO FLEBITIS:** Medicamento usado para sedante puede que irrite la vena donde inyectaron. Esto causa inflamación de la vena y el tejido alrededor. Incomodación el la area puede que continúe por semana a meses.
4. **OTROS RIESGOS:** Incluye reacciones a los medicamento, sedado/a de mas o complicaciones con enfermedad que aun ya tienen. Fracaso del instrument o fallecimiento es raro, pero siguen siendo posibilidades remotas. Debe de informar a su medico de todas las alergias a medicamento y problemas medicos.

Alternativa a la Endoscopia Gastrointestinal

Aunque la endoscopia gastrointestinal es un medio muy seguro y eficaz de examinar el tracto gastrointestinal, no es 100% exacta en el diagnóstico. En un pequeño porcentaje de casos, puede resultar un error de diagnóstico o de un mal diagnóstico. Existen otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, como tratamientos médicos, rayos x y cirugía. Otra opción para elegir no hay estudios de diagnóstico o tratamiento. Su médico estará encantado de discutir estas opciones con usted.

Breve Descripción de los Procedimientos Endoscópicos

1. **ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY(EGD):** Examen del esófago, estómago y duodeno con un endoscopio de pequeño. Si sangrado activo se encuentra, se puede realizar coagulación por calor.
2. **ESOPHAGEAL DILATATION:** Dilatación de los tubos o globos se utilizan para estirar las zonas estrechas del esófago.
3. **ENDOSCOPIC INJECTION SCLEROTHERAPY(EIS):** Inyección de una sustancia química en las varices (venas varicosas dilatadas del esófago) a la vena para evitar el sangrado posterior. La inyección se realiza con sonda de aguja pequeña a través del endoscopio.
4. **FLEXIBLE SIGMOIDOSCOPY:** Examen del ano, recto y de lado izquierdo del colon, generalmente a una profundidad de 60cm.
5. **COLONOSCOPY:** Examen completo del colon. Pacientes mayores y aquellos con diverticulosis extensa son más propensas a complicaciones. Remoción de pequeños crecimientos llamados pólipos, se realiza si es necesario, por el uso del lazo del alambre y corriente eléctrica(polipectomía).

Certifico que he recibido, leído y entender la información en "SEC AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD." Autorizo la toma y publicación de cualquier fotografía que hizo durante mi procedimiento para el uso en la promoción de la educación médica. Certifico que entiendo la información con respecto a la endoscopia gastrointestinal. He sido plenamente informado de los riesgos y posibles complicaciones de mi procedimiento. Por la presente autorizo y permitir:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> John Carlson, M.D., F.A.C.P. | <input type="checkbox"/> Prathibha Chandrasekaran, M.D. |
| <input type="checkbox"/> Lillian Choi, M.D. | <input type="checkbox"/> Ronald Waloff, M.D. |

Y quien puede designar como su asistente a realizar en mí la siguiente:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Upper Endoscopy | <input type="checkbox"/> Colonoscopy | <input type="checkbox"/> Flex Sig |
| <input type="checkbox"/> Dilation | <input type="checkbox"/> EIS | <input type="checkbox"/> Polypectomy |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

Si cualquier afección imprevista surge durante este procedimiento pide (en el juicio del médico) procedimientos adicionales, tratamientos u operaciones, le autorice a hacer lo que cada vez estime conveniente. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías se han hecho a mí sobre el resultado de este procedimiento. Soy consciente de que en caso de una emergencia peligrosa para la vida, el centro lleva a cabo los procedimientos de emergencia necesarios y me traslado a un centro de cuidados agudos.

Firma (por el paciente o persona legalmente autorizada)

Testigo

He discutido los riesgos, beneficios y alternativas de este procedimiento con este paciente.

Firma del Medico

Fecha

A Medicare Accredited Facility



INFORMACION FINANCIERA

Recibirá varios cargos separados para su procedimiento, y queremos que usted entienda lo que están pagando su seguro y usted por su visita. Todas las tarifas para los servicios en el centro de endoscopia de Salinas son dentro de la red. **Mayoría de los pacientes recibirán cuatro o cinco cargos para su visita:**

1. Las instalaciones de SEC
2. Su gastroenterologo
3. Su anestesioologo
4. Laboratorio (si es necesario)
5. El patólogo que lee sus muestras (si es necesario)

SALINAS ENDOSCOPY CENTER

SEC es una instalación acreditada que ofrece un centro ambulatorio para su procedimiento, al igual que un pequeño hospital. Un precio estimado se calculará por la cuota de la SEC sobre la base de sus beneficios de seguro. **Si hay un componente de pago del paciente, esto va a ser recogida el día de su procedimiento.**

ANESTESIA

Casi todos los pacientes se benefician de ser sedado durante su procedimiento. Algunos pacientes pueden tolerar el procedimiento sólo con sedación leve ("sedación consciente") en el que está despierto, pero insensibilizado. Si prefiere únicamente una sedante ligero, por favor hablar de eso con su gastroenterólogo. **Si se le administra sedación profunda para su procedimiento, su equipo de anestesia le facturará por separado.** Nuestro proveedor de la anestesia actual es *Anda Anestesia*.

PATOLOGÍA

Con frecuencia, su médico se dará cuenta de un pólipo (un pequeño crecimiento) en su sistema digestivo y eliminarlo para las pruebas durante el procedimiento. Al examinar el tejido del pólipo con un microscopio, un patólogo será capaz de informar a su médico si el pólipo necesita más atención. Antes de que el patólogo puede examinar la muestra, se envía a un laboratorio para su procesamiento y se coloca en muy pequeñas rebanadas en varias diapositivas. **El patólogo es un médico independiente de su gastroenterólogo y tanto el patólogo y el laboratorio facturará por separado por sus servicios.** Actualmente trabajamos con *Covenant Pathology Laboratory, Salinas Pathology Services Medical Group y Salinas Valley Urology Pathology Lab* ,pero a veces los médicos solicitan otros proveedores o laboratorios.

POLITICA DE NO ASISTIR: Un cobro de **\$150.00** se cargará a su cuenta si no recibimos su procedimiento sin cancelar la cita dentro de 48 horas antes de la hora de su procedimiento programado. Un poco de preparación entra en su procedimiento, por lo que si se va a perder su cita, por favor llámenos!

Por favor asegúrese de que le ha dado al programador su información de seguro actual y correcta para que podamos procesar su reclamación lo más rápidamente posible. Si no escuchamos de su compañía de seguros dentro de 45 días de esta visita, le facturaremos directamente. Estamos disponibles para contestar sus preguntas al (831) 771-1458.



NUESTRA POLITICA FINANCIERA

PACIENTE (porfavor imprimir): _____

USO DE OFICINA: _____

Gracias por elegirnos a nosotros como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con su tratamiento con éxito. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de Nuestra Política Financiera es necesario que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

Todos los pacientes deben completar nuestra información y formulario de seguro antes de ver al médico.

- EL COBRO COMPLETO ES DEBIDO EN EL MOMENTO DEL SEVICIO PARA PACIENTES SIN ASEGURANZA
- ACEMPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA/MASTERCARD, Y CARE CREDIT.
o Abra un cobro de \$10.00 por los cheques devueltos del Banco por fondos no suficientes
- OFRECEMOS UN APMLPIO PLAN DE PAGOS CON UNA AUTORIZACION PREVIA
- TODOS LOS CO-PAGOS SON DEBIDOS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

Sobre su Azeguranza

No podemos facturar su seguro a menos que usted traiga toda la información del seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. El cargo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. Tenga en cuenta que algunos o todos los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos. Estos servicios no pueden ser considerados razonables y necesarios bajo el programa de Medicare u otro seguro médico. Le facturaremos cualquier plan de seguro secundario para usted. Todos los copagos y deducibles son debidos antes del tratamiento. En el caso de que su cobertura de seguro cambie a un plan donde no somos proveedores participantes, consulte el párrafo anterior.

Pacientes con Medicare

Todos nuestros médicos aceptan la asignación en el programa Medicare. No se le pedirá para su depósito si usted no ha cumplido su anual deducible de \$185, al tiempo de cada visita, este preparado para pagar su 20% coseguro.

Tarifas usuales y acostumbradas

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y habitual para nuestra área. Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación arbitraria de la compañía de seguros de las tarifas usuales y consuetudinarias.

Los Pacientes Menores: El adulto que acompaña a un menor de edad u los padres (o tutores) son responsables de la totalidad del pago.

Gracias por reconocer Nuestra Política Financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o preocupaciones. Nuestro personal de facturación se puede llegar a 831-771-1456, de Lunes a Viernes 8:00 am y 5:00 pm.

He leído la Política Financiera. Entiendo y estoy de acurdo con esta Política Financiera.

X _____
Firma de Paciente o Responsable

Fecha _____

X _____
Firma del Co-Responsable

Fecha _____



DIVULGACION DE INTERES FINANCIERO

La Comisión Federal de Comercio (FTC) ha lanzado una nueva regla para proteger a los consumidores del robo de identidad, que ahora está llegando a ser conocido como "La Regla de Bandera Roja." La nueva norma exige ahora cualquier corporación, que se extiende de crédito para implementar un programa de prevención de robo de identidad por escrito. Bajo las lineamientos de la FTC, los médicos que facturen regularmente a sus pacientes por los servicios prestados (incluyendo co-pagos, co-seguros y deducibles) se consideran acreedores y por lo tanto deben cumplir con las *Reglas de Bandera Roja*.

Como resultado, Salinas Endoscopy Center ahora requieren la siguiente información de todos los pacientes para garantizar la identidad de la persona que ha visto:

- 1) Licencia de conducir o identificación de Estado con foto.
- 2) Prueba de segurp.
- 3) Si su dirección actual no se muestra en el ID de foto o licencia de conducir, por favor traiga una factura de servicios públicos con su dirección actual.

Una vez que hemos validado que el paciente que está siendo visto coincide con la información proporcionada, almacenaremos esta prueba en los expedients medicos al tomar una fotocopia de la ID. Esto elimina la necesidad de solicitar esta información en el futuro a menos que hubiera un cambio de la información.

Lamentamos cualquier inconveniente que esto pueda causar. Nosotros pedimos que recuerde que al igual que muchas otras instituciones, hay que cumplir con las leyes federales para mantener su información protegida. Como resultado, tenemos políticas y procedimientos muy rígidos para asegurar que sus registros son confidenciales y bien protegidas.

Si cree que es víctima de fraude de Medicare, consulte la siguiente información para reportar su reclamo:

Telefono: 1-800-HHS-TIPS (800-447-8477)

Email: HHSTips@oig.hhs.gov

Fax: 1-800-223-8164 (no more than 10 pages)

Correo: Office of the Inspector General
HHS TIPS Hotline
P.O. Box 23489
Washington, DC 20026

La referencia a continuación son algunos de los que tienen un interés financiero en Salinas Endoscopy Center:

John R. Carlson, M.D.

Prathibha Chandrasekaran, M.D.

Como tal, es necesario que damos a conocer la siguiente información para usted:

- 1) Usted tiene el derecho a utilizar un centro de salud que no sea Salinas Endoscopy Center.
- 2) Usted no va a ser tratado de manera diferente por su médico si usted elige un centro de atención médica que no sea Salinas Endoscopy Center.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, no dude en solicitar información adicional de su médico o cualquier representante de Salinas Centro de Endoscopia.

Si se siente incómodo con la relación del médico con Salinas Endoscopy Center, y prefiere que su procedimiento sea realizada en otro lugar, estaremos encantados de honorar su petición. Por favor, no dude en decirnos si desea que su procedimiento sea en un centro de salud que no sea Salinas Endoscopy Center.



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE A LAS MEDIDAS DE RESUCITACIÓN

NO ES UNA REVOCACIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS O PODERES MÉDICOS

Todos los pacientes tienen derecho a participar en sus propias decisiones de atención médica y hacer anticipadas o ejecutar poderes que autorizar a terceros para tomar decisiones en su nombre basado en los deseos expresados por el paciente cuando el paciente es incapaz de tomar decisiones o incapaz de comunicar las decisiones. aspectos del centro y respetar esos derechos.

La mayoría de los procedimientos realizados en el centro de cirugía se considera de riesgo mínimo. Por supuesto, ninguna cirugía es sin riesgo. usted y el cirujano habrá discutido los detalles de su procedimiento y los riesgos asociados con su procedimiento, la esperada recuperación y el cuidado después de la cirugía.

Es de hecho la política del centro de cirugía, sin importar el contenido de cualquier instrucción de instrucciones de un médico sustituto o el abogado, que si un adverso ocurre incluso durante su tratamiento en el centro de cirugía, el personal del centro iniciará reanimación u otras medidas estabilizadoras y trasladarle a un hospital de cuidados agudos para evaluación adicional. En el hospital de cuidados agudos, se ordenará conforme a sus deseos, por adelantado o poder salud más tratamiento o retiro de medidas de tratamiento ya iniciado. Su acuerdo con esta política por su firma abajo no revocar o invalidar cualquier poder salud actual. Su acuerdo con esta política por su firma abajo no revocar o invalidar cualquier directiva de salud actual o poder salud.

Si NO acepta esta política, el centro estará encantado de ayudarle a programar el procedimiento.

Por favor marque la casilla apropiada en respuesta a esta pregunta:

Se ejecutó un salud por adelantado, un testamento vital, un poder que autorice a alguien para tomar decisiones de atención médica para usted?

- Sí, tengo un avance Directiva, testamento en vida o cuidado de la salud poder.
- No, no tengo una directiva anticipada, testamento vital o poder salud.
- Me gustaría tener más información sobre las directivas anticipadas.

Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo su consentimiento y de acuerdo a la política como se describe. Si he pedido información de directivas anticipadas, acuso recibo de esa información.

Firma del Paciente

Nombre en Imprenta

Fecha

Si el consentimiento esta firmado por alguien diferente al paciente:

Firma

Nombre en Imprenta

Fecha

Relación: Guardián (Tribunal designado) Abogado en Hecho Atencion Medica Subrogada

A Medicare Accredited Facility



DERECHOS DEL PACIENTE

LOS DERECHOS DEL PACIENTE INCLUYEN EL DERECHO A:

- Estar informado sobre los Derechos del paciente antes de que comience el procedimiento quirúrgico. El paciente puede nombrar a un representante para que reciba esta información.
- Ejercer los derechos del paciente sin importar la edad, la raza, el sexo, el país de origen, la religión, la cultura, la discapacidad, el estado económico o la fuente de pago de la atención.
- Recibir atención considerada, respetuosa y digna, ofrecida en un ambiente seguro, libre de cualquier forma de abuso, negligencia, acoso o represalias.
- Tener acceso a servicios de protección y defensoría, o a que accedan a estos servicios en nombre del paciente.
- Evaluación y manejo del dolor.
- Conocer el nombre del médico que tiene la responsabilidad principal de la coordinación de la atención del paciente y los nombres y relaciones profesionales de los otros médicos y proveedores de atención médica que darán la atención.
- Cambiar de proveedores si hay otros proveedores calificados disponibles.
- Saber si el médico tiene un interés económico en el centro quirúrgico.
- Saber si los médicos que prestan la atención no tienen cobertura de mala práctica.
- Recibir suficiente información sobre los tratamientos y procedimientos propuestos para dar el consentimiento informado para el tratamiento o rechazar los tratamientos y procedimientos. Excepto en situaciones de emergencia, la información incluye: una descripción de los tratamientos y procedimientos, los riesgos asociados clínicamente significativos, los cursos de tratamiento alternativo o que no son de tratamiento, los riesgos asociados con cada uno, el nombre de la persona que llevará a cabo los tratamientos o procedimientos.
- Participar en el desarrollo e implementación del plan clínico de atención y participar activamente en las decisiones en relación con la atención clínica. Según lo permita la ley, esto incluye el derecho a solicitar o rechazar los tratamientos y procedimientos.
- Conocer la política del centro quirúrgico y las regulaciones estatales sobre las Instrucciones anticipadas y solicitar los formularios de Instrucciones anticipadas para cumplir con los requisitos de la agencia reguladora estatal.

**Su informacion.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.**



Salinas Endoscopy Center
A Covenant Surgical Partner

- Privacidad acerca de la atención clínica, los tratamientos y procedimientos. El análisis del caso, la consulta, los exámenes y el tratamiento son confidenciales. Los pacientes tienen derecho a conocer la razón para la presencia y autorizar la presencia de todas las personas que participan o le prestan atención.
- Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con la atención en el centro quirúrgico. El paciente da su permiso por escrito para revelar información clínica a quienes no le dan atención de manera directa.
- Recibir la información de la manera que el paciente la entienda mejor. La comunicación con el paciente es eficaz y se ofrece para facilitar la comprensión del paciente. La información escrita es adecuada para la edad, el nivel de comprensión y el idioma que habla el paciente. Las comunicaciones son específicas para la vista, habla, audición y estado cognitivo del paciente.
- Acceso a la información que se encuentra en su expediente clínico dentro en un plazo razonable.
- Conocer el proceso de quejas del centro quirúrgico, si el paciente tiene una preocupación respecto a la atención recibida. La información sobre el proceso de quejas incluye: información de contacto del centro quirúrgico, información de contacto de la agencia reguladora, aviso por escrito de la determinación de la queja o resultado que contiene los pasos que se han tomado para investigar la queja, los resultados de los hallazgos y la fecha en que se completará la investigación.
- Conocer la información de contacto del centro quirúrgico, de la agencia federal o estatal ante la cual se presentan las quejas, y la información de contacto de la Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman (Oficina del Defensor del Beneficiario de Medicare).
- Saber si los médicos del centro quirúrgico proponen o hacen experimentos, investigaciones, ensayos clínicos o educación médica que afecten o impliquen atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar o suspender la participación sin comprometer el acceso a la atención, al tratamiento o a los servicios.
- Apoyo completo y respeto de todos los derechos del paciente si el paciente participa en proyectos de investigación. Esto incluye el derecho del paciente a otorgar un consentimiento informado relacionado con el proyecto de investigación. La información entregada a los participantes se registra en el expediente clínico o el archivo de la investigación.
- Recibir instrucciones del médico o delegado sobre la atención después del alta del centro quirúrgico.
- Examinar y recibir una explicación de los cargos y costos, independientemente de cuál sea la fuente de pago.

**Su informacion.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.**



Salinas Endoscopy Center
A Covenant Surgical Partner

- Que todos los derechos del paciente se apliquen a la persona delegada con la responsabilidad legal para tomar decisiones clínicas en nombre del paciente.

LAS OBLIGACIONES DEL PACIENTE INCLUYEN LA OBLIGACIÓN DE:

- Dar información precisa y completa sobre el estado de salud actual y pasado, las quejas actuales, las hospitalizaciones, los medicamentos (incluyendo los productos de venta libre y los suplementos dietéticos), las alergias y sensibilidades, y cualquier otra información de salud pertinente.
- Entender o hacer preguntas sobre la atención y los servicios prestados y sobre las instrucciones posteriores a la atención y el tratamiento.
- Seguir el plan de tratamiento y las instrucciones de la atención o aceptar la responsabilidad si el plan de tratamiento y las instrucciones de la atención no se siguen.
- Asistir a las citas y notificar al centro quirúrgico si no puede asistir a una cita.
- Dejar los objetos de valor con un familiar/representante.
- Estar acompañado por un adulto responsable al momento del alta.
- Informar al personal del centro quirúrgico si tiene un testamento en vida, un poder notarial de atención médica u otra instrucción que pueda afectar su atención.
- Mostrar respeto por otros pacientes y el personal del centro quirúrgico.
- Informarnos si hay un problema con la atención.

* Es la responsabilidad de los padres o del tutor, permanecer en el centro quirúrgico por la duración de la estancia de un paciente pediátrico.

COMENTARIOS SOBRE NUESTROS SERVICIOS

Usted puede comunicarse con cualquiera de los siguientes lugares:

Salinas Endoscopy Center, LLC

Teléfono: 1-831-771-1458, www.salinasendoscopy.com

San Jose District Office

100 Paseo de San Antonio, Suite 235, San Jose, CA 95113

Teléfono: 1-408-277-1784 Fax: 1-408-277-1032

Medicare

Teléfono: 1-800-633-4227, <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services,

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-527-7697 (TDD)

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Línea directa de cumplimiento de Covenant Surgical Partners

Teléfono: 1-855-315-0528, www.covenantsurgicalcompliance.com

ANDA

ANESTHESIA SERVICES

Consentimiento para Servicios de Anestesia

Yo, _____, busco recibir anestesia durante mi procedimiento/operacion/tratamineto. Quiero tener anestesia para disminuir la incomodidad que de otro modo experimentarí. Entiendo que independientemente del tipo de anestesia utilizada hay una serie de riesgos y consecuencias previsibles comunes que pueden ocurrir. Los siguientes son algunos, pero no todos los riesgos y consecuencias previsibles comunes que se me han dicho que pueden ocurrir; dolor de garganta y ronquera, náuseas y vómitos, dolor muscular, lesión en los ojos. Además, entiendo que la instrumentación en la boca para mantener en las vías respiratorias abiertas durante la anestesia podría inevitablemente resultar en daño dental incluyendo fractura o pérdida de dientes, puentes, dentaduras, coronas y empastes, laceración de las encías o labios. Entiendo que los medicamentos que estoy tomando pueden causar complicaciones con la anestesia o la cirugía. Entiendo que es en mi mejor interés informar a mis doctores sobre la naturaleza de cualquier medicina que estoy tomando incluyendo pero no limitado a aspirina, remedios fríos, narcóticos, PCP, marihuana, y cocaína.

Entiendo que mi cuidado de anestesia será administrado bajo la supervisión de un anesthesiólogo o CRNA. Mi doctor me ha informado que el servicio propuesto/planificado de Anestesiología puede no ser reembolsable bajo mi plan de seguro actual, basado en las reglas de necesidad médica del plan. **Si mis servicios de anestesia no son reembolsados por mi seguro actual, acepto pagar la tasa de pago en efectivo de \$125.** He aconsejado al doctor que proceda con el funcionamiento de este servicio. Puede presentarse una reclamación a mi compañía de seguros de reembolso a pagar al anesthesiólogo o CRNA. En caso de que el anesthesiólogo o CRNA no participe con mi plan de seguro, pago de servicios puede ser enviado directamente a mí, el suscriptor. Estoy de acuerdo en remitir todos los pagos por los servicios de Anda Anestesia al recibirlos. También asumo la responsabilidad de todos los copagos, coseguros y deducibles cantidades de beneficios fuera de la red. He solicitado los servicios y seré totalmente responsable financieramente de todos los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado, incluyendo cualquier cargo de interés incurrido si el proceso de facturación se retrasa debido a la falta de cooperar.

Al firmar este documento, estoy indicando que entiendo el contenido de este documento y sus adjuntos están de acuerdo con sus disposiciones y consentimiento a la administración de anestesia durante mi procedimiento/operación/tratamiento. Sé que si tengo preocupaciones o quisiera información más detallada, puedo hacer más preguntas y conseguir más información de mi médico. También estoy reconociendo que sé que la práctica de Anestesiología, la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que nadie me ha dado ninguna promesa o garantía sobre la administración de la anestesia o sus resultados. Entiendo perfectamente lo que ahora estoy firmando por mi propia voluntad.

X _____
Firma del Paciente _____
Fecha

X _____
Nombre del Paciente (IMPRIMIDO) _____
Fecha de Nacimiento

Testifico que este paciente o el representante nombrado arriba se ha sido informado acerca de los riesgos previsibles comunes y beneficios de someterse a la anestesia y problemas así como su alternativa razonable (s), es cualquiera. Se han respondido más preguntas con respecto a este procedimiento anestésico y afines han sido contestadas a su aparente satisfacción.

Firma de Anesthesiologo/CRNA _____
Fecha

Testigo _____
Fecha