

Philadelphia Surgi-Center

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ ASC# _____

Consentimiento para Cuidado Médico: Yo solicito la admisión a Philadelphia Surgi-Center (Centro Quirúrgico de Filadelfia) y autorizo que la instalación, el personal y los médicos me brinden cuidado. Yo solicito y consiento la provisión de cuidado médico y procedimientos diagnósticos que mi médico(s) de turno, o sus designados consideren necesarios. Reconozco que la atención médica que reciba mientras este en Philadelphia Surgi-Center no es responsable de actos de omisión por mi médico(s) de turno. Yo autorizo que Philadelphia Surgi-Center retenga o deseche cualquier espécimen o tejido tomado del paciente antes mencionado.

Programas de Enseñanza: Yo entiendo que Philadelphia Surgi-Center es una instalación que promueve oportunidades de educación, y por lo tanto, entiendo que pueda ser visto y examinado por participantes supervisados como parte del programa educativo. Estoy de acuerdo en participar en estos programas, pero reservo el derecho a limitar mi participación en cualquier momento.

Divulgación de Información: El abajofirmante acuerda que todos los registros de admisión de este paciente serán propiedad de la instalación. El abajofirmante entiende que los expedientes médicos y la información de facturación generados o mantenidos por la instalación son accesibles al personal de la instalación y al personal médico. El personal de la instalación y el personal médico podrán utilizar y revelar información médica para tratamiento, operaciones de pago y cuidado médico, así como a cualquier otro médico, personal médico o proveedor que esté o pueda estar involucrado en el continuo de cuidado para esta admisión. La instalación está autorizada a divulgar todo o parte del expediente médico del paciente a cualquier compañía de seguros, terceros pagadores, portador de compensación de trabajadores, empleador auto-asegurado u otra entidad (o sus representantes autorizados) los cuales son necesarios para el pago de la cuenta del paciente. La ley requiere que la instalación asesore al abajofirmante que LA INFORMACIÓN REVELADA PUEDE INDICAR LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O VENÉREA QUE PUEDEN INCLUIR, PERO NO SE LIMITA A, ENFERMEDADES COMO LA HEPATITIS, LA SÍFILIS, LA GONORREA Y EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). La instalación está autorizada a divulgar todo o parte del expediente médico del paciente como se establece en su Aviso de Prácticas de Privacidad, a menos que el paciente objete por escrito. Al firmar este formulario, usted está autorizando dicha comunicación.

Autorización Especial para Pruebas de VIH/Hepatitis: El abajofirmante consiente específicamente a las pruebas de sangre del paciente para el virus de la inmunodeficiencia humana (también conocido como el SIDA) y/o hepatitis si se ha determinado por el médico de turno que es necesario (i) para determinar el tratamiento apropiado y/o los procedimientos de tratamiento para el paciente o (ii) para la protección del médico de turno y/o cualquier empleado o agente de la instalación expuesta a los fluidos corporales del paciente de una manera que podría transmitir tal enfermedad. El abajofirmante ha sido informado sobre la naturaleza de la prueba de sangre, su beneficio esperado, y se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del análisis de sangre.

- Sí** **No** Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a Philadelphia Surgi-Center y/o a mi médico de turno para fotografiar/grabar o permitir que otras personas fotografíen/graben para tales propósitos según se considere necesario.
- Sí** **No** Yo (nosotros) consiento (consentimos) a la presencia de estudiantes, residentes o asociadas y vendedores en la sala de operaciones para observar el procedimiento. Estoy consciente de que sólo el médico puede conceder este permiso con mi consentimiento.

Directrices Anticipadas: Yo (nosotros) reconozco (reconocemos) la siguiente declaración con respecto a las Directrices Anticipadas: Philadelphia-Surgi Center suspende las Directrices Anticipadas para la cirugía y los procedimientos electivos en parte porque los medicamentos anestésicos a menudo requieren medias de soporte incluyendo la intubación y/o el soporte de la presión arterial. Si tiene cualquier pregunta por favor hable con su médico o anestesiólogo.

- Sí** **No** Tengo una Directriz Anticipada
- Una copia de las Directrices Anticipadas de Pennsylvania se me dio a petición.

Derechos y Responsabilidades del Paciente: Yo reconozco la notificación escrita de mis derechos y responsabilidades como paciente antes de mi procedimiento.

Yo he sido informado de la asociación de mi médico en la titularidad de Philadelphia Surgi-Center. El Dr. Raphael Gabay es el único propietario de Philadelphia Surgi-Center. Los médicos que ejercen en Philadelphia Surgi-Center están autorizados y acreditados para practicar en esta instalación. Algunos de los médicos que proveen cuidado y servicios médicos en Philadelphia Surgi-Center no son agentes ni empleados de Philadelphia Surgi-Center.

Acuerdos Financieros: Para que los servicios de aquí se realicen o para que sean llevados a cabo para el Paciente por Philadelphia Surgi-Center (ya sea uno o más), el abajofirmante, ya sea como paciente, agente o avalista, acuerda y promete pagar los cargos por el cuidado que esté previsto para el paciente por Philadelphia Surgi-Center de acuerdo con las tarifas estándar actuales de Philadelphia Surgi-Center y con todos los gastos ocasionados por cobrar las mismas, junto con los honorarios del abogado, los cuales Philadelphia Surgi-Center considera necesarios y razonablemente requeridos para hacer cumplir los derechos de Philadelphia Surgi-Center.

Cesión de Beneficios de Seguro para Philadelphia Surgi-Center: Como o en nombre del asegurado en el seguro indicado en los documentos de registro del paciente, y de otro modo pagadero a este (los derechos presentes y futuros a este y el dinero debido o que llegará a ser debido ahí se llaman "Derechos Contractuales"), el abajofirmante, cede y transfiere irrevocablemente a Philadelphia Surgi-Center los Derechos Contractuales, y ordena y dirige a tal asegurador a pagar todo el dinero debido o que llegará a ser debido bajo este directamente a Philadelphia Surgi-Center o a su beneficiario. Para realizar tal pago, Philadelphia Surgi-Center es irrevocablemente constituido y designado un aviso legal o una aprobación del asegurado para endosar en el nombre del asegurado cualquier cheque u otro instrumento para el pago de dinero bajo este. Además, entiendo que LA ANESTESIOLOGÍA, LOS SERVICIOS MÉDICOS, LA PATOLOGÍA, LA RADIOLOGÍA, y algunos SERVICIOS DE LABORATORIO, me mandarán la cuenta por separado y se asignarán mis beneficios de seguro si sus servicios son prestados durante mi tratamiento. Yo también los autorizo a divulgar mi información médica necesaria a mi compañía de seguros para tramitar la reclamación. Si el asegurado recibe dinero directamente de la compañía de seguros, el mismo deberá ser sostenido en fideicomiso y se trasladará inmediatamente a Philadelphia Surgi-Center para la cantidad debida. Esta asignación es irrevocable con interés hasta que el pago total y completo de todas las cantidades adeudadas a la instalación y a sus afiliados de este evento de admisión o de otro modo sea pagado. El dinero recibido de Philadelphia Surgi-Center de la compañía de seguros u otras fuentes de terceros, menos el gasto en la adquisición de la misma, se deducirá de la cantidad principal adeudada por los servicios prestados al paciente. Si los cargos no cubiertos por el seguro no pueden ser pagados en su totalidad cuando se vanzan, el abajofirmante acuerda mediante una petición firmar un pagaré que producirá intereses a la tasa legal máxima para pagar toda la deuda no cubierta, si el crédito es aprobado.

Deducibles y Co-pagos del Seguro:

****Yo entiendo que todos y cada uno de los co-pagos y/o deducibles establecidos por mi compañía de seguros son mi responsabilidad. Yo soy responsable de pagar cualquier co-pago el día de mi procedimiento.**

Cesión de Medicare, Certificación del Paciente, Autorización para Divulgar Información y Solicitud de Pago:

Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social esta correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a entregar a la administración del Seguro Social o a sus intermediarios o portadores toda la información necesaria para estas reclamaciones relacionadas de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en nombre mío.

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad: Una descripción de cómo su información médica será utilizada y divulgada se resume en el Aviso de Privacidad del Paciente. La copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad de la instalación viene incluida en su paquete de bienvenida y esta expuesta en la instalación. Al firmar abajo, usted reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la instalación.

Doy permiso para que mi información de salud protegida sea divulgada para propósitos de comunicar resultados, conclusiones y decisiones sobre mi cuidado a miembros de mi familia y a otros. Sí No

Divulgación limitada a las personas mencionadas a continuación:

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Yo (Nosotros) EL ABAJOFIRMANTE CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LAS CONDICIONES DE ESTE FORMULARIO DE "Condiciones de Admisión y Tratamiento"

Firma del Paciente: X _____ Fecha: _____

Firma del Testigo X _____ Fecha: _____

El paciente es menor de edad. Tiene _____ años de edad, o no puede dar permiso porque: _____

Pariente/Agente Autorizado: _____

Relación con el Paciente: _____ **Fecha:** _____