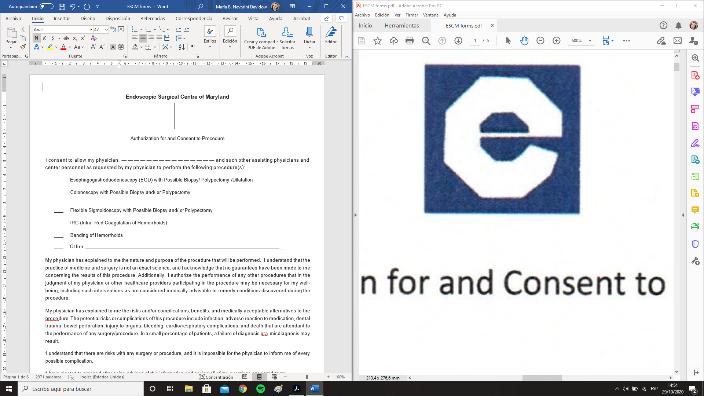
# Endoscopic Surgical Centre of Maryland



Autorización y consentimiento para el procedimiento

Doy mi consentimiento para que mi médico, , y los demás médicos ayudantes y el personal del centro, según se los solicite mi médico, realicen el (los) siguiente(s) procedimiento(s):

Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con posible biopsia/polipectomía/dilatación

Colonoscopia con posible biopsia y/o polipectomía

Sigmoidoscopia flexible con posible biopsia y/o polipectomía

IRC (Coagulación infrarroja de hemorroides)

Ligadura de hemorroides con bandas elásticas

Otro:

Mi médico me ha explicado la naturaleza y el propósito del procedimiento que se realizará. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han dado garantías sobre los resultados de este procedimiento. Además, autorizo la realización de cualquier otro procedimiento que a juicio de mi médico, o del de los otros proveedores de atención médica que participen en el procedimiento, puedan ser necesarios para mi bienestar, incluidas las intervenciones que se consideren médicamente aconsejables para remediar las afecciones que se pudiesen descubrir durante el procedimiento.

Mi médico me ha explicado los riesgos y/o las complicaciones, los beneficios del procedimiento y las alternativas médicamente aceptables a este. Los riesgos o las complicaciones potenciales de este procedimiento incluyen la infección, las reacción adversa a los medicamentos, el traumatismo dental, la perforación intestinal, las lesiones en los órganos, el sangrado, las complicaciones cardio/respiratorias y la muerte; todos asociados a la realización de cualquier cirugía o procedimiento. Para un pequeño porcentaje de pacientes, puede producirse un fallo en el diagnóstico o un diagnóstico erróneo.

Entiendo que hay riesgos con cualquier cirugía o procedimiento, y es imposible para el médico informarme de todas las complicaciones posibles.

He elegido seguir adelante después de haber recibido esta información y de que hayan respondido todas mis preguntas a mi satisfacción.

Entiendo que los servicios de anestesia, de ser necesarios, serán proporcionados por un proveedor de anestesia y deberé firmar un formulario de consentimiento separado para esos servicios.

En el caso de que mi médico, el proveedor de anestesia, el personal u otro paciente estén expuesto a mi sangre, líquidos corporales o materiales contaminados, acepto permitir que se realicen análisis para determinar la presencia de VIH y hepatitis. Un laboratorio habilitado realizará todos los análisis de laboratorio necesarios, sin costo para mí.

Página **1** de **2** Ultima revisión: 22/7/2014

# Endoscopic Surgical Centre of Maryland

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías endoscópicas que pasarán a formar parte de mi historia clínica y que, algunas veces, podrían ser utilizadas con fines didácticos y/o de publicación, siempre que mi identidad no sea revelada ni por las imágenes ni por ninguna descripción escrita que pueda acompañarlas. Concedo mi permiso para que el representante de un fabricante, para la asistencia técnica, o un estudiante, en caso de educación continua, un médico invitado, así como los inspectores federales, estatales o del organismo de acreditación estén presentes durante mi procedimiento si se presentase la situación.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el (los) procedimiento(s) que se llevará(n) a cabo. Se me han explicado los procedimientos y las técnicas que pueden ser utilizados, así como los riesgos, los beneficios y las alternativas, y firmo este acuerdo libremente para dar mi consentimiento a los procedimientos. (consignar las iniciales)

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior y que el paciente, el tutor legal del paciente o el representante autorizado del paciente aceptan sus términos.

Firma del paciente Fecha/Hora

Firma del representante del paciente/Relación Fecha/Hora

Firma del testigo Fecha/Hora

# Declaración del médico

Certifico que he explicado al paciente o al adulto responsable los riesgos, los beneficios y las alternativas del procedimiento, y le he permitido al paciente o al adulto responsable hacer preguntas.

Firma del médico Fecha/Hora

Página **2** de **2** Ultima revisión: 22/7/2014

**C1.20B** RENUNCIA DE LA PACIENTE A LA PRUEBA DE

**EMBARAZO PREOPERATORIA**

**RENUNCIA DE LA PACIENTE A LA PRUEBA DE EMBARAZO PREOPERATORIA\***

YO, (NOMBRE DE LA PACIENTE) NO TENGO NINGUNA RAZÓN PARA

CREER QUE ESTOY EMBARAZADA.

ENTIENDO QUE LOS MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QUE RECIBIRÉ DURANTE EL PROCEDIMIENTO PUEDEN CAUSAR COMPLICACIONES PARA EL EMBARAZO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, DEFECTOS DE NACIMIENTO PARA MI HIJO POR NACER SI ESTUVIESE EMBARAZADA.

ENTIENDO QUE AUNQUE SE HAGA UNA PRUEBA DE EMBARAZO PREOPERATORIA, UN RESULTADO NEGATIVO NO GARANTIZA, TOTALMENTE QUE NO ESTÉ EMBARAZADA.

ENTIENDO QUE SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE RETRASAR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O DE DIAGNÓSTICO PROPUESTO CON EL FIN DE QUE PUEDA OBTENER PRUEBAS DE EMBARAZO DIAGNÓSTICAS, PERO HE OPTADO POR CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PROPUESTO SIN SOMETERME A ESAS PRUEBAS DE EMBARAZO.

ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE RENUNCIA, ESTOY LIBERANDO AL CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC), EL (LOS) MÉDICO(S), EL (LOS) PROVEEDOR(ES) DE ANESTESIA, Y SUS EMPLEADOS, AGENTES Y CESIONARIOS, DE TODA RESPONSABILIDAD QUE RESULTE DE NO HABER OBTENIDO UNA PRUEBA DE EMBARAZO PREOPERATORIA, Y DE CUALQUIER DAÑO RESULTANTE PARA MÍ Y PARA EL NIÑO POR NACER DEBIDO A UN EMBARAZO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, *WRONGFUL BIRTH* (NACIMIENTO PROBLEMÁTICO), DEFECTOS DE NACIMIENTO Y/O ANGUSTIA EMOCIONAL.

CONFIRMO QUE PUDE HACER TODAS LAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO Y LA ANESTESIA PROPUESTOS, Y SUS POSIBLES EFECTOS EN EL EMBARAZO Y ME LAS HAN RESPONDIDO.

CONFIRMO QUE HE DECIDIDO CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PROPUESTO.

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL FECHA

TESTIGO DE LA FIRMA FECHA

PROVEEDOR DE ANESTESIA FECHA

**AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. Analícelo cuidadosamente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información médica del paciente**  Según la ley federal, su información médica está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, los resultados de los exámenes, el diagnóstico, el tratamiento y la información médica relacionada. Su información médica también incluye información sobre los pagos, la facturación y los seguros. Su información puede almacenarse electrónicamente y, de ser así, está sujeta a la divulgación electrónica.  **Cómo usamos y divulgamos la información médica del paciente**  *Tratamiento:* Usaremos y divulgaremos su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, el personal de enfermería, los médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento registrarán la información en su historia clínica y la usarán para determinar el curso de atención más adecuado. También podemos divulgar la información a los otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a los  farmacéuticos que le dispensan los medicamentos, y a los miembros de la familia que están ayudando con su atención.  *Pago:* Usaremos y divulgaremos su información médica con fines de pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos obtener autorización de su compañía de seguros antes de proporcionar ciertos tipos de tratamiento, o divulgar su información a los pagadores para determinar si está inscrito o es elegible para obtener los beneficios. Enviaremos facturas y mantendremos registros de los pagos de su plan de salud.  *Operaciones de atención médica:* Usaremos y divulgaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas estándar, incluidos la administración adecuada de las historias clínicas, la evaluación de la calidad del tratamiento, la organización de servicios legales, y para evaluar la atención y los resultados de su caso, y de otros similares.  **Usos y divulgaciones especiales**  Después de un procedimiento, divulgaremos sus indicaciones de alta e información relacionada con su atención a la persona que lo lleve a casa desde el centro o que, de otra manera, se identifica como la persona que lo asistirá en su atención posterior al procedimiento. También podemos divulgar información médica relevante a un familiar, amigo u otras personas involucradas en su atención, o en el pago por su atención, y divulgar información a quienes ayudan en las actividades de socorro en casos de desastre.  **Otros usos y divulgaciones**  Es posible que se nos exija o se nos permita usar o divulgar la información, incluso sin su permiso, como se describe a continuación:  *Requerido por ley:* Es posible que la ley nos exija divulgar su información, por ejemplo, informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.  *Investigación:* Podemos usar o divulgar información para investigaciones médicas aprobadas.  *Actividades de salud pública:* Podemos divulgar datos demográficos, enfermedades, información relacionada con retiradas del mercado de productos peligrosos e información similar a las autoridades de salud pública.  *Supervisión de la salud:* Podemos divulgar información para ayudar en investigaciones y auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares. | *Procedimientos judiciales y administrativos:* Podemosdivulgar información en respuesta a una citación adecuada, un pedido de presentación de pruebas o una orden judicial.  *A los fines de la aplicación de la ley:* Podemos divulgar  información necesaria o solicitada por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, o para informar un delito cometido en nuestro centro.  *Muertes:* Podemos divulgar información sobre las muertes a los *coroners* (peritos forenses), los médicos forenses, los directores de funerarias y a las agencias de donación de órganos.  *Amenaza grave para la salud o la seguridad:* Podemosusar y divulgar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público o de otra persona.  *Funciones militares y especiales del Gobierno:* Si  usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información a instituciones penitenciarias o con fines de seguridad nacional.  *Compensación al trabajador:* Podemos divulgar información sobre usted para que reciba la compensación para los trabajadores o de los programas similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.  *Socios comerciales:* Podemos divulgar su información médica a socios comerciales (individuos o entidades que realizan funciones en nuestro nombre) siempre que acepten proteger la información.  *Mensajes:* Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas, o para enviarle la facturación o para realizar la cobranza, y podemos dejar mensajes en su contestador automático, correo de voz o a través de otros métodos.  En cualquier otra situación, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica identificable. Si decide firmar una autorización para que se divulgue su información, más adelante puede revocar esa autorización para detener cualquier uso y divulgación futuros. Sujeto al cumplimiento de excepciones limitadas, no usaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia, no usaremos o divulgaremos su información médica con fines de marketing ni venderemos su información médica, a menos que haya firmado una autorización.  **Derechos individuales**  Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Comuníquese la persona de contacto que aparece a continuación para obtener el formulario adecuado para el ejercicio de estos derechos.   * Puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones. Noestamos obligados a aceptar una restricción solicitada, excepto en el caso de solicitudes para limitar las divulgaciones a su plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica cuando usted haya pagado en su totalidad, de su bolsillo, el artículo o servicio cubierto por la solicitud, y cuando los usos o divulgaciones no sean requeridos por la ley. * Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de forma confidencial, por ejemplo, mediante el envío de avisos a una dirección especial o sin usar tarjetas postales para | recordarle las citas.  🞎 En la mayoría de los casos, tiene el derecho de ver o de obtener una copia de su información médica. Puede haber un pequeño cargo por las copias.  🞎Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información.   * Puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información por razones que no sean el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, y salvo otras excepciones. * Tiene derecho a obtener una copia en papel de la versión actual de este Aviso previa solicitud, incluso si con anterioridad ha aceptado recibirlo de forma electrónica.   **Nuestro deber legal**  Estamos obligados por ley a proteger y mantener la privacidad de su información médica, a proporcionar este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y a cumplir con los términos del Aviso actualmente en vigencia. Estamos obligados a notificar a las personas afectadas en caso de que se produzca una violación de la información médica protegida no segura.  **Cambios en las prácticas de privacidad**  Podemos cambiar este Aviso en cualquier momento y hacer que los nuevos términos sean efectivos para toda la información de salud que tenemos. La fecha de vigencia de este Aviso se detalla en la parte inferior de la página. Si cambiamos nuestro Aviso, publicaremos el nuevo Aviso en la sala de espera. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica a continuación.  **Quejas**  Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la persona que se indica a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. La persona que aparece a continuación le proporcionará la dirección adecuada, a petición. No será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.  **Persona de contacto**  Si tiene alguna pregunta, solicitud o queja, comuníquese con:  Director del Centro  Yo, ,por la presente confirmo que me han entregado el Aviso de prácticas de privacidad.  Firmado: Fecha:  Si no se firma, explique la razón por la cual no se obtuvo el acuse de recibo:  Testigo del personal que solicita acuse de recibo  Fecha: |

Versión 3.0 Fecha de entrada vigencia: 26 de marzo de 2013

**ACUERDO FINANCIERO**

En caso de que mi seguro pague todos o parte de los cargos del Centro y/o del médico, el Centro y/o los médicos que me prestan el servicio están autorizados a presentar una reclamación de pago a mi compañía de seguros. El Centro y/o el consultorio del médico no están obligados a hacerlo a menos que sea de acuerdo con este contrato con el asegurador, o estén obligados por un reglamento de un organismo estatal o federal a tramitar esa reclamación. Esperaremos

el pago de copagos y coseguros en el momento del servicio.

***Entiendo que puedo recibir hasta cuatro (4) estados de cuenta separados por mi procedimiento, incluidos un estado de cuenta del Endoscopic Surgical Center of Maryland-North (cargos del Centro), Capital Digestive Care (honorarios del médico), Our Anesthesia Providers (cargos de la anestesia), y***

***el cargo del Laboratorio/Anatomía patológica (si se toman muestras durante el procedimiento). Se espera que los pacientes que pagan por cuenta propia paguen el saldo acordado***

***en el momento del servicio. (consignar las iniciales)***

**ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO**

Por la presente, asigno los beneficios que se pagarán en mi nombre al Endoscopic Surgical Centre of Maryland**,** al médico que realiza el ingreso, o a los otros médicos que me presten servicios. La persona abajo firmante garantiza el pronto pago de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o los saldos adeudados después de los pagos del seguro, de conformidad con la política de pago de esas facturas del Centro, del médico que me realiza el procedimiento o de otros médicos que presten servicio, y de los cargos no pagados en un período de tiempo razonable por el seguro o por un tercero pagador. Certifico que la información brindada con respecto a la cobertura del seguro es correcta.

**DIVULGACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Autorizo al Centro, al médico que realiza el ingreso y a los otros médicos que prestan servicio a divulgar toda mi historia clínica, o parte de esta, cuando lo exija o lo permita la ley, o la regulación gubernamental, cuando sea necesario para la presentación de cualquier reclamo ante el seguro para el pago de los servicios, o al (a los) médico(s) responsable(s) de continuar la atención.

**DIVULGACIÓN DEL AVISO DE PROPIEDAD**

Se me ha informado antes de mi cirugía/procedimiento que los médicos que realizan procedimientos/servicios en el Endoscopic Surgical Centre of Maryland-North pueden tener un interés de propiedad en este centro. Se me ha proporcionado una lista de los médicos que tienen un interés financiero en el Centro, o son propietarios de este. El médico me ha dado la opción de recibir tratamiento en otro centro, pero la he rechazado. Deseo que mi procedimiento y servicios se realicen en el Endoscopic Surgical Centre of Maryland.

**CERTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

He revisado mi información demográfica y de seguro en esta fecha y confirmo que toda la información proporcionada al Centro es correcta.

**INFORMACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES/LAS DIRECTIVAS AVANZADAS**

He recibido una notificación escrita y verbal con respecto a mis derechos como paciente antes de mi cirugía/procedimiento. También he recibido información sobre las políticas del Endoscopic Surgical Centre of Maryland relativas a las directivas anticipadas antes del procedimiento. A mi pedido, me han proporcionado la información relativa a las directivas anticipadas junto con los documentos oficiales del estado.

**AUTORIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y DE LA FACTURACIÓN**

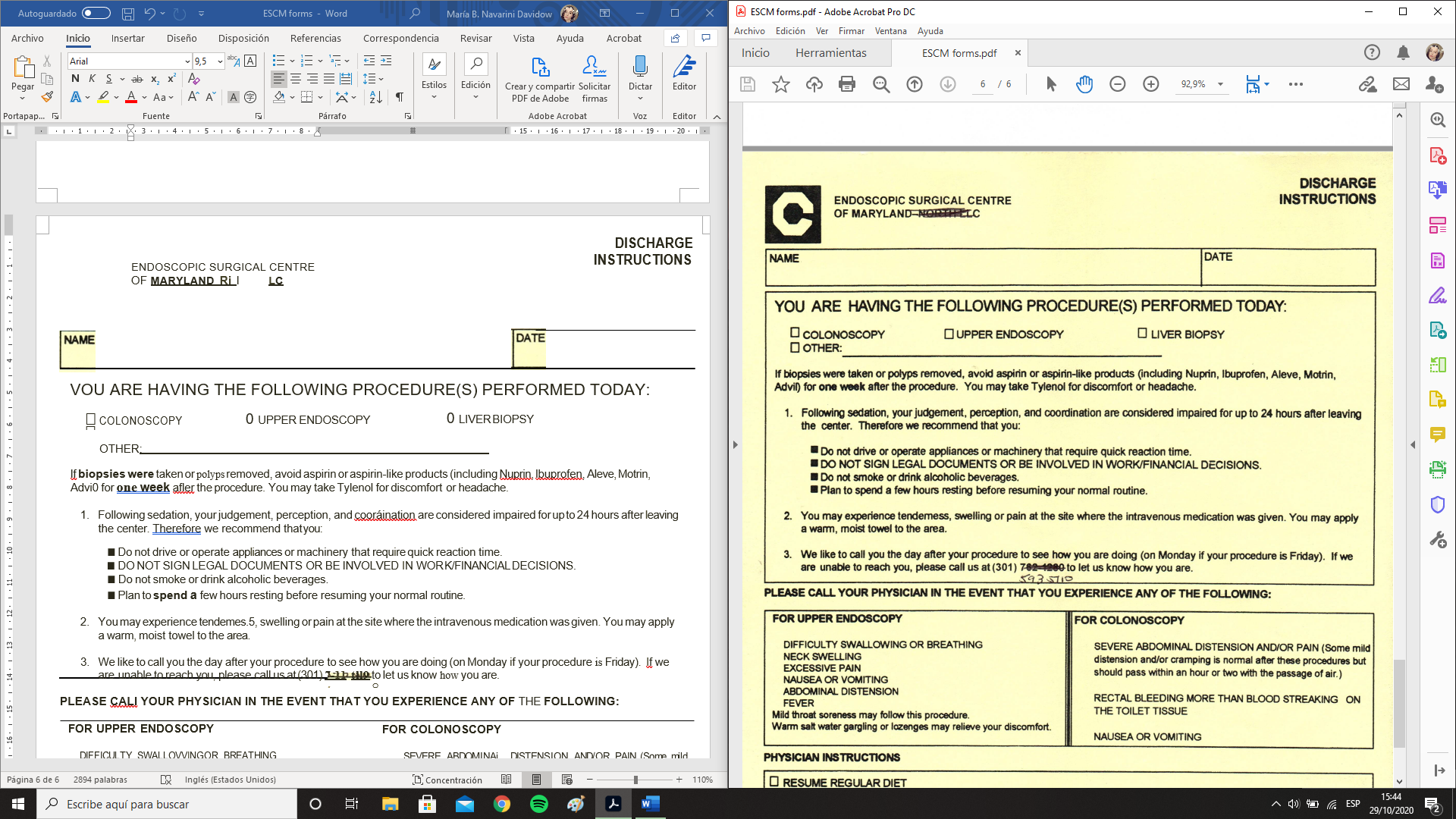
Por la presente, autorizo al Endoscopic Surgical Centre of Maryland y/o al médico que realiza mi procedimiento hoy a comunicar la información relativa a mi procedimiento, a los resultados de mi procedimiento y a la facturación a:

* Mi cónyuge/miembro de la familia/otros Nombre(s): \_ Consignar las iniciales
* Dejar un mensaje en mi contestador: Sí No Consignar las iniciales

El abajo firmante certifica que ha leído y entiende lo anterior, y acepta todos los términos especificados más arriba.

Firma del paciente o del responsable Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente Fecha en la que se firma



**ENDOSCOPIC SURGICAL CENTRE**

**OF MARYLAND**

**INSTRUCCIONES DE ALTA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE | FECHA |

HOY SE LE REALIZARÁ(N) EL (LOS) SIGUIENTE(S) PROCEDIMIENTO(S):

🞎COLONOSCOPIA

🞎 ENDOSCOPIA SUPERIOR 🞎 BIOPSIA DE HÍGADO

🞎OTROS:

Si se toman biopsias o se extraen pólipos, debe evitar tomar aspirina o productos similares a la aspirina (estos incluyen: Nuprin, lbuprofeno, Aleve, Motrin, Advil) durante una semana después del procedimiento. Puede tomar Tylenol para las molestias o el dolor de cabeza.

1. Después de la sedación, su juicio, percepción y coordinación se consideran deteriorados por hasta 24 horas después de salir del centro. Por lo tanto, le recomendamos que:
   * No conduzca ni opere aparatos o maquinaria que requieran un tiempo de reacción rápido.
   * NO FIRME DOCUMENTOS LEGALES NI TOME DECISIONES FINANCIERAS O LABORALES.
   * No fume ni consuma bebidas alcohólicas.
   * Planifique tomarse unas horas de descanso antes de reanudar su rutina normal.
2. Puede experimentar sensibilidad, hinchazón o dolor en el sitio en el que se le administre el medicamento intravenoso. Puede aplicar una toalla tibia y húmeda en la zona.
3. Nos gusta llamar el día después de su procedimiento para ver cómo está (el lunes si su procedimiento es un viernes). Si no podemos comunicarnos con usted, llámenos al (301) 593-5110 para decirnos cómo está.

**LLAME A SU MÉDICO EN CASO** DE QUE PRESENTE CUALQUIERA DE LOS **SIGUIENTES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **EN EL CASO DE LA ENDOSCOPIA SUPERIOR**  DIFICULTAD PARA TRAGAR O RESPIRAR, HINCHAZÓN DEL CUELLO  DOLOR EXCESIVO, NÁUSEAS O VÓMITOS, DISTENSIÓN ABDOMINAL, FIEBRE  Puede sentir un dolor leve de garganta después del procedimiento.  Las gárgaras con agua salada tibia o las pastillas para la garganta pueden aliviar su malestar. | **EN EL CASO DE LA COLONOSCOPIA**  DISTENSIÓN ABDOMINAL GRAVE Y/O DOLOR INTENSO (Después de estos procedimientos, una leve distensión y/o dolores de tipo cólico son normales, pero deberían pasar en una o dos horas con el paso del aire).  SANGRADO RECTAL, MAYOR AL RASTRO DE SANGRE QUE QUEDA EN EL PAPEL HIGIÉNICO  NÁUSEAS O VÓMITOS |

**INDICACIONES DEL MÉDICO**

🞎REANUDAR LA DIETA REGULAR

🞎OTRAS:

ORGANIZAR EL SEGUIMIENTO: 🞎 SEMANAS 🞎 MESES 🞎 AÑOS

MEDICAMENTOS:

Firma del médico:

Yo, el abajo firmante, he leído y entiendo las indicaciones anteriores.

Testigo: Firma del paciente:

Responsable: