



CENTRO DE ENDOSCOPIA Y CIRUGIA GARDEN STATE

200 Sheffield Street, Suite 101, Mountainside, NJ 07092 908-241-8900

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Procedimiento: _____

Médico responsable: _____

CONSENTIMIENTO DE PROCEDIMIENTO

Por la presente autorizo a **<Médico responsable>** y al/a los asistente(s) seleccionado(s) por el médico a tratar la(s) condición/condiciones que indica(n) los estudios de diagnóstico ya realizados. Me han explicado el/los procedimiento(s) necesario(s) para tratar mi(s) condición/condiciones y entiendo la naturaleza de el/los procedimiento(s); será(n):

Colonoscopia/Anoscopia/Sigmoidoscopia flexible: la visualización del intestino grueso con un instrumento flexible de video o fibra óptica con posible extirpación de pólipo(s), posible biopsia o cauterización de tejido sospechoso y/o el control de sangrado, posible aplicación de tatuaje al intestino para marcar áreas sospechosas, posible ligadura, excisión y/o esclerosis de hemorroides.

Endoscopia superior: la visualización del esófago, estómago y duodeno con un instrumento flexible de video o fibra óptica, extirpación de pólipo(s), biopsia o cauterización de tejido sospechoso, terapia de inyección o ligadura de pólipo(s) con banda elástica para controlar sangrado y dilatación (ensanchamiento) de áreas estrechas.

Gastrostomía endoscópica transabdominal (PEG): endoscopia superior e inserción de una sonda nasogástrica a través de la pared anterior del abdomen.

La eliminación / reemplazo del tubo de alimentación (PEG)

Paracentesis: Un trocar o aguja grande se inserta en la cavidad peritoneal bajo con anestesia local para extraer líquido ascítico

Otro Procedimiento: _____

1. Consentimiento para fotografiar/grabar en video: entiendo que durante el/los procedimiento(s), se podrían tomar fotografías o grabaciones en video del procedimiento o de la muestra. Se conservarán como parte de los archivos medicos confidenciales del establecimiento y/o del médico. Doy mi consentimiento para lo anteriormente dicho siempre y cuando se observe la confidencialidad.
2. Doy mi consentimiento para la administración de sedantes/anestesia, incluyendo anestesia local por o bajo indicación/supervisión del Dr. **<Médico responsable>**
3. Reconozco que durante el/los procedimiento(s), podrían surgir condiciones imprevistas que necesitarían procedimientos adicionales o diferentes a los establecidos en el párrafo 1. Por lo tanto, autorizo y solicito que el médico mencionado, su(s) asistente(s) o designado(s) lleven a cabo dichos procedimientos según sea necesario conforme al criterio profesional. El permiso conferido bajo este párrafo 4 se extenderá para el tratamiento de todas las condiciones que requieran tratamiento y de las cuales el médico no tenga conocimiento al momento de comenzar el procedimiento. Si existe posibilidad que yo pueda estar embarazada, yo autorizo que se me haga una prueba de embarazo antes de mi procedimiento.
4. He sido informado/a acerca del/de lo(s) riesgo(s) y posibles consecuencias relacionadas con

el/los procedimiento(s) descrito(s) en el párrafo 1. Estos incluyen: **perforación, reacciones adversas a los medicamentos y lesiones no detectadas.**

5. He sido informado/a de otro(s) riesgo(s) tales como pérdida considerable de sangre, infección, ataque cardíaco o respiratorio, etc. que pueden presentarse en cualquier procedimiento. Tengo conocimiento de que el ejercicio de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ofrecieron garantías con respecto al/a los resultado(s) del/de los procedimiento(s), y también, me han informado acerca de las alternativas.
6. He sido informado/a de que podría estar presente en la sala un consultante/estudiante de medicina o representante de una compañía médica durante el procedimiento.
7. Por la presente autorizo al Centro a disponer de los tejidos extraídos durante el/los procedimiento(s) conforme a las practicas establecidas.
8. Entiendo que no debo de conducir por veinticuatro (24) horas después de mi procedimiento. También entiendo que en caso de paro cardíaco o respiratorio, los profesionales del Centro me darán el tratamiento necesario para preservar mi vida, hasta que yo puede ser trasladado/a a un hospital; siendo a si mi previa directriz para tratamiento no sería válida, yo doy mi consentimiento para cualquier tratamiento que se estime necesario.
9. Yo doy mi consentimiento a que se me analice la sangre en caso de que algún empleado del Centro accidentalmente tenga contacto con mi sangre o secreciones de mi cuerpo. Los resultados de esta evaluación se mantendrán confidenciales como lo indica ley.
10. Yo doy mi consentimiento para que se revise mi expediente médico por aquel Doctor/a que este encargado/a de evaluar asuntos de atención médica.

Alternativas a la endoscopia gastrointestinal

A pesar de que la endoscopia gastrointestinal es una manera extremadamente segura y efectiva de examinar el tracto gastrointestinal, ningún examen brinda un diagnóstico 100% preciso. En un pequeño porcentaje de los casos puede ocurrir un diagnóstico errado o incorrecto. También se encuentran disponibles otros tipos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tales como el tratamiento médico, la radiología y la cirugía. Otra opción sería no elegir ningún estudio y/o tratamiento. Su médico conversará con usted sobre estas opciones.

PACIENTE / PERSONA AUTORIZADA

FECHA

FIRMA TESTIGO

FECHA

Por la presente certifico que los riesgos y beneficios del procedimiento / tratamiento propuesto, así como las alternativas han sido explicados al paciente o persona responsable por el paciente.

FIRMA: MEDICO

FECHA

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE SOBRE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El Centro es un "Centro de Cirugía Ambulatoria" especialmente destinado a la práctica de la gastroenterología –no realiza ningún otro procedimiento médico. La misión del Centro es brindar atención de calidad en un entorno ambulatorio especializado, y se esfuerza por brindar a cada paciente los mayores cuidados y atención personalizada.

Le comunicamos que algunos de los médicos que realizan procedimientos pueden tener un interés financiero directo en este centro.

Para asegurarnos de que nuestros pacientes entiendan su responsabilidad financiera y nuestras políticas de pagos, le rogamos se tome un minuto para leer este formulario y consultar cualquier duda con nuestro representante de facturación.

1. Lo que cobramos por nuestros servicios cubre el componente no profesional de su procedimiento, también conocidos como cargos "técnicos" o "de servicio", que incluyen el costo de operación de las instalaciones incluyendo los equipos, el personal, el alquiler, los insumos, etc. También recibirá una factura por separado del médico por sus servicios profesionales, y, posiblemente, los servicios patológicos del laboratorio. La institución, el laboratorio, el anestesista y los médicos son entidades legales independientes que prestan servicios diferentes y por separado.
2. A modo de cortesía, presentamos los reclamos del paciente, en su nombre, a la compañía de seguro médico indicada durante el proceso de registro, siempre que tengamos el nombre completo y domicilio de la compañía, el nombre del asegurado, el número de seguro social y la fecha de nacimiento, el número del grupo y cualquier otra autorización previa que se necesite para el procedimiento.
3. Esperamos que todos los copagos conocidos se paguen al momento en que se presta el servicio o cuando lo exija el contrato entre el paciente, la compañía de seguro y nuestro centro. Nos reservamos el derecho de cobrar los copagos, deducibles y co-seguros ante la notificación de la compañía de seguro.
4. Algunas compañías de seguro exigen una pre-certificación, una pre-autorización o una orden de derivación por escrito. El paciente deberá entender los requisitos del plan de su seguro médico y obtener la autorización correspondiente al menos 3 días antes de la fecha del procedimiento. Si no lo hace, la compañía de seguro podrá rechazar su reclamo y, si lo rechaza, o no paga, usted deberá hacerse cargo del saldo.
5. Si tiene alguna pregunta sobre el saldo, por favor, contáctese con nuestra Oficina de Facturación. Si no paga la factura, su caso será transferido a una agencia de cobros externa, hecho que puede perjudicar su historial crediticio. Los honorarios legales y los costos incurridos en la cobranza de las cuentas pendientes correrán por cuenta del paciente.

El paciente ha dado Directivas Anticipadas Sí No

Las Directivas Anticipadas del paciente han sido entregadas al ACE e incluidas en la historia clínica del paciente Sí No

El centro ha ofrecido al paciente información sobre las Directivas Anticipadas. Sí NO

Antes de comenzar el procedimiento, el paciente recibió un folleto Y información verbal en el que se describen sus Derechos y Responsabilidades y la política del centro con respecto a las directivas anticipadas. Sí NO

Autorización para divulgar información: Autorizo por el presente a GARDEN STATE CENTRO DE ENDOSCOPIA Y CIRGURIA CENTRO a divulgar toda la información que sea necesaria para la facturación y el procesamiento de la cuenta por los servicios prestados.

Entiendo que no debo traer objetos de valor a GARDEN STATE CENTRO DE ENDOSCOPIA Y CIRGURIA CENTRO y que el centro no se hace responsable por el robo o pérdida de objetos de valor

Cesión de los beneficios del seguro: Autorizo por el presente a que se paguen a GARDEN STATE CENTRO DE ENDOSCOPIA Y CIRGURIA CENTRO los beneficios del seguro que me correspondan por este servicio. El pago a GARDEN STATE CENTRO DE ENDOSCOPIA Y CIRGURIA CENTRO no excederá el saldo adeudado por los servicios prestados.

He leído el formulario y entiendo y acepto los términos establecidos en este Acuse de Recibo de Responsabilidad Financiera. Entiendo que soy financieramente responsable ante el centro por los cargos no cubiertos por esta cesión.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____

Representante del Centro: _____

GARDEN STATE CENTRO DE ENDOSCOPIA Y CIRGURIA
Consentimiento del Paciente y Acuse de Recibo de Prácticas de
Privacidad

Para Uso y/o Revelación de Información Médica Protegida para Realización
de Tratamientos, Pagos y Operaciones de Cuidado de la Salud

<Nombre del paciente>, por medio del presente declaro que al firmar ese Consentimiento acepto y acuso recibo de la siguiente información:

1. Me han entregado el Aviso sobre Prácticas de Privacidad ("Aviso sobre Privacidad") correspondiente a GARDEN STATE CENTRO DE ENDOSCOPIA Y CIRGURIA (el "Centro") antes de firmar el presente Consentimiento. El Aviso sobre Privacidad incluye una descripción de los usos y/o divulgaciones aceptados de mi información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) de parte del Centro. Entiendo que en el futuro, si lo solicito, habrá disponible una copia del Aviso sobre Privacidad para mí. El Centro me ha sugerido leer el Aviso sobre Privacidad con atención antes de firmar el presente Consentimiento. El Centro se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad descritas en este Aviso sobre Privacidad, de acuerdo con la ley aplicable.
2. Entiendo y autorizo el uso de los siguientes recordatorios de citas del Centro:
 - a. Una tarjeta postal que me enviarán al domicilio indicado; y/o
 - b. Llamado telefónico a mi hogar y mensaje en la contestadora automática.
 - c. Llamada de mi celular o dejando un mensaje de texto.
3. Entiendo que si no firmo este Consentimiento indicando mi autorización respecto de los usos y divulgaciones descritos en el Aviso sobre Privacidad, el Centro no me tratará.

He leído y entendido el aviso precedente y han respondido a todas mis preguntas a mi entera satisfacción de una manera entendible.

Firma de Paciente o Representante Legal _____

Firma de Testigo _____