

Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State

afiliada de SCA y RWJ BH

Condiciones de cobertura ASC Atestación del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Certifico que he recibido documentación por escrito de los siguientes puntos, con antelación a la fecha y hora de mi procedimiento programado:

Paciente
Iniciales

	1. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES
	2. AVISO DE DERECHOS DE LOS PACIENTES BAJO LA "LEY NO SURPRISE"
	3. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
	4. INFORMACIÓN SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS
	5. DIVULGACIÓN DE LA PROPIEDAD DE LOS MÉDICOS
	6. NO DISCRIMINACIÓN Y DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS (LEP)
	7. RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE
	8. POLÍTICA RESPECTO A LA JOYERÍA Y LA EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Además, entiendo que esta información se proporciona para mi beneficio y, al proceder con el registro, reconozco que revisé los avisos y divulgaciones anteriores y que todas mis preguntas sobre su contenido fueron respondidas a mi satisfacción.

Fecha de firma del paciente

Fecha de firma del testigo

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Los pacientes tienen derechos y responsabilidades según lo definido en la Carta de Derechos del Paciente y apoyado por el Estado de Nueva Jersey.

Derechos legales

- A tratamiento y servicios médicos sin discriminación basada en edad, religión, origen nacional, sexo, preferencias sexuales, discapacidad, diagnóstico, capacidad de pago o fuente de pago.
- Ejercer todos tus derechos constitucionales, religiosos, civiles y legales.

Atención médica

- Recibir la atención y los servicios de salud que el centro sanitario está obligado a proporcionar.
- Recibir una explicación comprensible de tu médico sobre tu condición médica completa, el tratamiento recomendado, los resultados esperados, los riesgos implicados y las alternativas médicas razonables. Si tu médico considera que parte de esta información sería perjudicial para tu salud o superaría tu capacidad de comprensión, la explicación se dará a tu familiar o tutor más cercano.
- Conceder un consentimiento informado por escrito antes del inicio de procedimientos o tratamientos médicos no urgentes especificados solo después de que tu médico te haya explicado, con palabras que entiendas, detalles específicos sobre el procedimiento o tratamiento recomendado, los riesgos implicados, el tiempo necesario para la recuperación y cualquier alternativa médica razonable.
- Rechazar la medicación y el tratamiento después de que se te hayan explicado claramente las posibles consecuencias de esta decisión, salvo que la situación sea mortal o el procedimiento sea obligatorio por ley.
- Solo se incluirá en la investigación experimental si se da un consentimiento informado y por escrito, o cuando un tutor da dicho consentimiento para un paciente incompetente conforme a la ley, norma y reglamento. Tienes derecho a negarte a participar.

Manejo del dolor

- Para aliviar el dolor; Realizar una evaluación adecuada y una reevaluación continua del dolor.
- Tener una gestión adecuada del dolor teniendo en cuenta creencias personales, culturales, espirituales y/o étnicas.
- Recibir información y educación sobre el dolor, el manejo del dolor, las posibles limitaciones y posibles efectos secundarios del tratamiento del dolor.

Comunicación e información

- Ser informado sobre los nombres y funciones de todos los profesionales sanitarios que te prestan atención personal.
- Divulgación de intereses financieros o propiedad de los médicos en el Centro.
- Cambiar de proveedor si hay otros proveedores cualificados disponibles.
- Recibir, lo antes posible, los servicios de un traductor o intérprete si necesitas uno que te ayude a comunicarte con el personal sanitario del centro: recibir servicios de comunicación si tienes discapacidades visuales, del habla, de la audición o cognitivas de una manera que se adapte a tus necesidades.
- Informarse sobre las disposiciones para atención fuera de horario y de urgencias.
- Ser informado de los nombres y funciones de cualquier institución sanitaria y educativa externa implicada en tu tratamiento. Puedes negarte a permitir su participación.
- Directrices anticipadas, según lo requieran leyes y regulaciones estatales o federales y, si se solicita, formularios oficiales de directivas anticipadas estatales.
- Recibir, a petición, las políticas y procedimientos escritos del centro sobre métodos que salvan vidas.
- Ser informado por escrito sobre las normas del centro respecto a la conducta de pacientes y visitantes.
- Recibir un resumen de los derechos de tu paciente que incluya el nombre y el número de teléfono del miembro del personal del centro sanitario a quien puedas hacer preguntas o quejarte sobre cualquier posible violación de tus derechos.
- Marketing o publicidad sobre la competencia y capacidades de la organización que no sea engañosa.
- Ser informado de la información adecuada sobre la ausencia de cobertura de seguro por mala praxis, si procede.
- La organización informará al paciente o al responsable sustituto sobre los resultados imprevistos de la atención, tratamiento o servicios relacionados con eventos centinela.

Historiales médicos

- Tener acceso rápido a la información de tu historial médico. Si tu médico considera que este acceso es perjudicial para tu salud, tu familiar o tutor tiene derecho a ver tu historial; Obtener una copia de tu historial médico, a un precio razonable, en un plazo de 30 días tras la solicitud por escrito al centro.
- Para acceder a su expediente conforme a las disposiciones del Código Administrativo de Nueva Jersey § 8:43G-15.3 de la Ley de Salud Pública.

Coste de la atención en las instalaciones

- Recibir una copia de las tarifas de la instalación por servicios, elegibilidad para reembolso de terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de tarifas de pago de atención gratuita o a menor coste. Si solicitas una factura detallada, la instalación debe proporcionarla y responder a cualquier pregunta que tengas. Tienes derecho a apelar cualquier cambio.
- Que la instalación te informe si parte o la totalidad de tu factura no será cubierta por el seguro. El centro está obligado a ayudarte a obtener cualquier asistencia pública y prestaciones sanitarias privadas a las que tengas derecho.

Privacidad y confidencialidad

- Tener privacidad física durante el tratamiento médico y las funciones de higiene personal, a menos que necesites ayuda.
- Ser tratado con cortesía, consideración, respeto y reconocimiento de tu dignidad, individualidad y derecho a la privacidad, incluyendo, pero no limitado a, privacidad auditiva y visual. También se respetará la privacidad del paciente cuando el personal del centro discuta sobre él.
- Al tratamiento confidencial de información sobre ti. La información de tus registros no será facilitada a nadie fuera del centro sanitario sin tu aprobación, salvo que la ley lo requiera. El centro puede publicar datos sobre el paciente para estudios que contengan estadísticas agregadas cuando la identidad del paciente está cubierta.

Libertad frente al abuso y las restricciones

- A la libertad de abusos verbales, físicos, sexuales y mentales.
- A la libertad de las ataduras, salvo que estén autorizadas por un médico por un periodo limitado de tiempo para proteger la seguridad tuya o de otros.

Trasposos

- Ser trasladado a otro centro solo cuando tú o tu familia hayáis hecho la solicitud, o en casos en los que el centro no pueda proporcionarte la atención que necesitas.

- Recibir una explicación anticipada de un médico sobre las razones de tu traslado y posibles alternativas.

Necesidades personales

- Ser tratado con cortesía, consideración y respeto por tu dignidad e individualidad.
- Para tener acceso a espacio de almacenamiento para uso privado. La instalación cuenta con un sistema para proteger tus bienes personales.

Enfermería de Servicio Privado

- Contratar directamente a un enfermero profesional registrado con licencia de Nueva Jersey de la elección del paciente para la atención profesional privada durante su atención. Una enfermera profesional titulada con este contrato deberá cumplir con las políticas y procedimientos de la residencia sanitaria siempre que estos requisitos sean los mismos para enfermeros de servicio privado y empleados regularmente. La instalación, a petición, proporcionará al paciente o al representante una lista de registros de asociaciones profesionales de enfermería sin ánimo de lucro locales que deriven a enfermeros para atención profesional privada.

Planificación del vertido

- Recibir información y asistencia de su médico responsable y de otros profesionales sanitarios si necesita organizar la continuidad de la atención médica tras su alta del centro.
- Disponer de tiempo suficiente antes del alta para gestionar las necesidades sanitarias continuadas.
- Ser informado por el centro sanitario sobre cualquier proceso de apelación al que tengas derecho por ley si no estás de acuerdo con los planes de alta del centro.

Guardián del paciente

- El tutor del paciente, el familiar más cercano o la persona responsable legalmente autorizada tiene derecho a ejercer los derechos delimitados en nombre del paciente, en la medida permitida por la ley, si el paciente ha sido declarado incompetente conforme a la ley, ha designado a un representante legal para actuar en su nombre o es menor de edad.

Notificación de Derechos del Paciente

- Usted o su representante serán notificados de sus derechos, tanto verbales como escritos, antes del inicio del procedimiento, en un lenguaje y de manera que comprendan.

Responsabilidades del paciente: el paciente tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:

- Se anima al paciente a hacer todas las preguntas posibles al médico y al personal para que pueda tener un conocimiento completo del procedimiento y del cuidado posterior.
- Sigue el plan de tratamiento prescrito por su proveedor y participa en su atención.
- Proporcionar información completa y precisa, en la medida de sus posibilidades, sobre su salud, cualquier medicamento, incluidos productos de venta libre y suplementos dietéticos, y cualquier alergia o sensibilidad.
- Proporciona a la organización información sobre sus expectativas y satisfacción con la organización.
- Proporcionar a un adulto responsable que lo transporte a casa desde el centro y permanecer con él durante 24 horas, si su proveedor lo requiere.
- Informa a su proveedor sobre cualquier testamento vital, poder notarial médico u otra directiva que pueda afectar su atención.
- Haz saber tus deseos respecto a los dones anatómicos. Puedes documentar tus deseos en tu representante de atención médica o en una tarjeta de donante, disponible en el centro.
- Acepta la responsabilidad financiera personal de cualquier cargo que no esté cubierto por su seguro.
- Sé respetuoso con todos los profesionales sanitarios y el personal, así como con los demás pacientes.

Preguntas y quejas de los pacientes

- Expresar quejas o recomendar cambios en políticas y servicios al personal de la instalación, a la autoridad rectora y/o a representantes externos de su elección, libres de restricciones, interferencias, coacción, discriminación o represalias.
- Una queja o queja debe registrarse contactando con el administrador del centro y/o el defensor del paciente a través del Departamento de Salud del Estado o Medicare. Todas las quejas y quejas se registrarán con el problema específico reportado, la fecha en que se recibió el informe (verbal o por escrito), la resolución y la fecha de cierre. El centro responderá por escrito con un aviso de cómo se ha abordado la queja en un plazo de 30 días.

CEO/Administradora: Ina L. Mendes
Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State
200 Sheffield Street, Suite 101
Mountainside, NJ 07092
Teléfono: (908) 241-8900
Correo electrónico: ina.mendes@scasurgery.com

Defensor del Pueblo de Beneficiarios de Medicare
1-800-MEDICARE 1-800-633-4227
<http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

Departamento de Salud y Servicios para Mayores de Nueva Jersey
División de Evaluación y Licencias de Instalaciones de Salud
Apartado de correos 367, Trenton, NJ 08625-0367
Línea directa gratuita: 1-800-792-9770, Selección #1
Fax: 609-943-4977 o 609-633-9060

Oficina del Defensor del Pueblo para los Ancianos Institucionalizados
Apartado de correos 852, Trenton, NJ 08625-0852
Línea directa gratuita: 1-877-582-6995
Fax: 609-943-3479
Correo electrónico: PublicAdvocate@advocate.state.nj.us

Para preocupaciones sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención que considere que no han sido atendidas adecuadamente por el Administrador del centro, puede contactar con:

La Asociación de Acreditación para la Atención Ambulatoria de la Salud, 5250 Old Orchard Road Suite 200, Skokie, IL 60077,
Correo electrónico: info@aaahc.org Tel: 847-853-6060 Fax: 847-853-9028

Aviso de Derechos del Paciente bajo la "Ley No Surprise"

Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State, LLC

Con efecto a partir del 1 de enero de 2022 | Ley federal: 45 CFR §149.410–149.430

Tus derechos frente a facturas médicas sorpresa

Según la ley federal, tienes derechos que te protegen frente a facturas médicas inesperadas. Por favor, lea este aviso con atención.

¿Qué es la Ley Sin Sorpresas?

La **Ley Sin Sorpresas** es una ley federal que protege a los pacientes de recibir facturas médicas "sorpresa" inesperadas de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, sin tu conocimiento o consentimiento previo.

Tus protecciones incluyen:

- **Servicios de Emergencia** — No se le puede facturar más que la cantidad de costes compartidos dentro de la red (copagos, coseguros y franquicias) por servicios de emergencia, independientemente de si el proveedor o la instalación están dentro de la red.
- **Servicios no urgentes en una instalación dentro de la red** — Está protegido frente a facturas sorpresa por servicios no urgentes realizados por proveedores fuera de la red en este **centro, a menos** que reciba el aviso adecuado y dé su consentimiento por escrito para ser atendido por un proveedor fuera de la red.
- **Servicios de Ambulancia Aérea** — Estás protegido frente a facturas sorpresa de proveedores de ambulancia aérea fuera de la red.

Información importante sobre nuestras instalaciones

Garden State Endoscopy & Surgery Center participa con numerosos planes de seguro. Sin embargo, ten en cuenta que:

- Algunos **proveedores que prestan servicios en este centro** (por ejemplo, anesestesiólogos, patólogos) pueden estar **contratados de forma independiente** y pueden tener un estado de participación en red diferente con tu plan de seguro.
- Tienes derecho a **solicitar una lista de proveedores** que puedan estar involucrados en tu atención y verificar su estado de red con tu seguro antes de tu procedimiento.

Estimación de buena fe

Tienes derecho a recibir un **Estimado de Buena Fe** de los cargos esperados antes de tu servicio programado.

- ✓ Si no tienes **seguro o pagas por tu cuenta**, estamos obligados a proporcionar un presupuesto de buena fe antes de tu procedimiento
- ✓ Si tienes seguro, también puedes solicitar un presupuesto de buena fe en cualquier momento.
- ✓ Si tu factura final supera tu Estimación de Buena Fe en **más de 400 \$**, podrías tener derecho a disputar los cargos.

Para solicitar un presupuesto de buena fe, por favor hable con nuestro **Departamento de Registro/Facturación** antes o el mismo día de su procedimiento.

Tu derecho a consentir para atención fuera de la red

- Excepto en situaciones **de emergencia**, tienes derecho a **rechazar atención fuera de la red**.
- Si se recomiendan servicios fuera de la red para atención no urgente, se debe recibir un aviso por escrito y proporcionar **un consentimiento voluntario por escrito** antes de prestar dichos servicios.
- Firmar un formulario de consentimiento bajo **coacción o sin pleno entendimiento** no constituye consentimiento válido según esta ley.

Cómo presentar una queja

Si crees que tus derechos bajo la Ley de No Sorpresas han sido violados, puedes presentar una queja con:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) 📞 1-800-985-3059 🌐 www.cms.gov/nosurprises

¿Preguntas?

Nuestro **Representante de Seguros y Facturación** está disponible para ayudarte con cualquier duda sobre tus beneficios, estimaciones de costes o estado de la red de proveedores.

📞 Por favor, pide a nuestro personal de recepción que te ponga en contacto antes o después del registro.

Al proceder con el registro, reconoce que ha recibido y revisado este Aviso de Derechos del Paciente bajo la Ley de No Sorpresas.

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Para el uso y/o divulgación de información sanitaria protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones sanitarias

Yo **<Nombre del paciente>**, por la presente indico que al firmar este AVISO, acepto y reconozco lo siguiente:

1. El Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso de Privacidad") para el Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State (el "Centro") me ha sido proporcionado antes de firmar este Consentimiento. El Aviso de Privacidad incluye una descripción de los usos permitidos y/o divulgaciones de mi información sanitaria protegida ("PHI") por parte del Centro. Entiendo que en el futuro estará disponible una copia del Aviso de Privacidad a mi petición. El Centro me ha animado a leer detenidamente el Aviso de Privacidad antes de firmar este Consentimiento. El Centro se reserva el derecho de modificar sus prácticas de privacidad descritas en su Aviso de Privacidad, de acuerdo con la legislación aplicable.
2. Entiendo eso y consiento los siguientes recordatorios de citas que utilizará el Centro:
3. Una postal que me enviaron por correo a la dirección que proporcioné; y/o
 - a. Llamando a mi casa y dejando un mensaje en el contestador.
 - b. Llamar por teléfono o dejar un mensaje de texto
 - c. Entiendo que si no firmo este Consentimiento, demostrando mi consentimiento para los usos y divulgaciones descritos en el Aviso de Privacidad, el Centro no me tratará.

He leído y entiendo el aviso anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas con toda mi satisfacción de una manera que puedo comprender.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Centro de Endoscopia Morris Avenue, LLC -dba
Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003, última revisión en agosto de 2025

PUEDES SER UTILIZADO Y DIVULGADO Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO CON ATENCIÓN.**

Este Aviso será aplicable a las siguientes entidades:

- [Garden State Endoscopia y Cirugía Ctr. (el "Centro")]
- [Grupo de Anestesia del Valle Norte]
- (Patología de Rahway, Laboratorio AGG, Dianon & LabCorp; Patología del AH)

NOTA: Los proveedores sanitarios independientes que te presten atención o tratamiento en el Centro (por ejemplo, cirujanos, anestesiólogos, radiólogos, patólogos) también cumplirán los términos de este Aviso respecto a tu información sanitaria protegida sobre la atención o tratamiento que te presten en el Centro. En consecuencia, dichos proveedores independientes pueden utilizar y divulgar información sanitaria protegida sobre usted respecto a la atención o tratamiento que le presten en el Centro para los fines tratados en este Aviso (por ejemplo, sus propias actividades de pago) y en la misma medida en que el Centro pueda realizar tales usos o divulgaciones bajo los términos de este Aviso. Sin embargo, dichos proveedores independientes pueden tener políticas o avisos diferentes respecto al uso y divulgación de información médica que mantienen respecto a la atención o tratamiento que se te presta fuera del Centro. Tenga en cuenta que dichos proveedores independientes no son empleados ni agentes del Centro, sino que están vinculados bajo este Aviso para la comodidad de explicarle sus derechos relacionados con la privacidad de la información sanitaria protegida sobre usted en relación con la atención o tratamiento que le presten en el Centro.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o necesita más información, por favor contacte con nuestro Responsable de Privacidad en **[Insertar Número de Teléfono del Responsable de Privacidad]**. Las solicitudes por escrito deben dirigirse a:

Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State
Atención: Responsable de Privacidad
200 Sheffield St, Suite 101, Mountainside, NJ 07092

NUESTRO COMPROMISO RESPECTO A TU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA:

La privacidad de tu información sanitaria protegida, o "PHI", es importante para nosotros. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar su PHI. Este aviso describe tus derechos respecto a tu PHI que recopilamos y mantenemos, y también describe ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de tu PHI.

Estamos obligados por ley a:

1. Mantén la privacidad de tu PHI;
2. Te entregaremos este aviso describiendo nuestros deberes legales, prácticas de privacidad y tus derechos respecto a la PHIP que recopilamos y mantenemos;
3. Notificarle si descubrimos una brecha de alguna de sus PHI que no esté protegida conforme a las directrices federales; y
4. Sigue los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad que está vigente actualmente.

TUS DERECHOS RESPECTO A TU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA:

Tienes los siguientes derechos respecto a tu PHI:

5. **Derecho a inspeccionar y copiar:** Tienes derecho a inspeccionar y copiar total o parte de tu historial médico o médico, según lo dispuesto por la normativa federal. Puede solicitar y recibir una copia electrónica de su PHI si la mantenemos en un historial médico electrónico.

Para inspeccionar y copiar su PHI, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que figura en la primera página de este aviso. Si solicita una copia de su PHI, podemos cobrar una tarifa razonable basada en costes conforme a la ley estatal por los costes asociados al cumplimiento de su solicitud.

Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas.

- Derecho a enmendar:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI o un historial médico o médico sobre usted si considera que la información sanitaria que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras conservemos la información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito, presentarse a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección indicada en la primera página de este aviso, y debe proporcionar una razón que respalde su solicitud de enmienda. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas.
- Derecho a una contabilidad de las divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar una lista que recueste cualquier divulgación de su PHI que hayamos realizado, excepto las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago, operaciones sanitarias y ciertos otros fines si dichas divulgaciones se realizaron a través de un historial en papel u otro historial médico que no sea electrónico, según lo establecido en la normativa federal. Si solicita una contabilidad de las divulgaciones de su PHI, la contabilidad puede incluir las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago y operaciones sanitarias, en la medida en que las divulgaciones se realicen a través de un historial clínico electrónico. Para solicitar un informe de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que figura en la primera página de este aviso. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser mayor de 6 años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarte los costes de proporcionar la lista. Le notificaremos el coste implicado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurran en cualquier coste.
- Derecho a solicitar restricciones:** Tienes derecho a solicitar una restricción o limitación sobre el uso y divulgación de tu PHI. También tienes derecho a solicitar una restricción o limitación para la divulgación de tu PHI a alguien que esté involucrado en tu cuidado o el pago por tu cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podrías pedir que restrinjamos el uso de tu PHI a una enfermera específica o que no revelemos información a tu cónyuge sobre una cirugía que te hayan hecho. Si pagas un servicio completamente de tu bolsillo, puedes solicitar que la información sobre el servicio sea retenida y no se proporcione a un pagador externo para fines de pago o operaciones sanitarias. Estamos obligados por ley a cumplir con dicha restricción. Para solicitar una restricción sobre el uso y la divulgación de su PHI, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que figura en la primera página de este aviso. En su solicitud, debe decirnos qué información quiere limitar y a quién desea que se apliquen dichas limitaciones. Le notificaremos nuestra decisión respecto a la restricción solicitada. Si aceptamos la restricción solicitada, cumpliremos con su solicitud salvo que se necesite la información para proporcionarle tratamiento de emergencia.
- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales:** Tienes derecho a solicitar que nos comuniquemos contigo sobre tu PHI de una determinada manera o que dichas comunicaciones se dirijan a un lugar determinado. Por ejemplo, puedes pedir que solo te contactemos en el trabajo o por correo a un apartado postal. Para solicitar comunicaciones, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que figura en la primera página de este aviso. Tu solicitud debe especificar cómo o dónde deseas ser contactado.confidential
- Derecho a una copia en papel de este aviso:** Tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso en cualquier momento previa solicitud. En el momento del primer servicio, estamos obligados a proporcionarle una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia de este aviso en cualquier otro momento, por favor solicita a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que figura en la primera página de este aviso.
- Derecho a revocar autorización:** Si firma alguna autorización para el uso y divulgación de su PHI, tiene derecho a revocar dicha autorización, salvo en la medida en que ya se haya tomado una acción basada en dicha autorización.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA SIN TU AUTORIZACIÓN:

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que podemos utilizar y divulgar tu PHI sin tu autorización.

- Para tratamiento:** Podemos utilizar tu PHI para proporcionarte atención médica o servicios médicos. Podemos revelar tu PHI a otros médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de salud u otro personal que participe en tu cuidado. Por ejemplo, otro médico que te trate por una pierna rota puede necesitar saber si tienes diabetes, ya que la diabetes puede ralentizar el proceso de curación.
- Para el pago:** Podemos utilizar y divulgar tu PHI para que el tratamiento y los servicios que recibas de nosotros puedan ser facturados y el pago cobrado de ti, de una compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, puede que necesitemos proporcionar la información de tu plan de salud sobre tu visita a nuestra clínica para que tu plan nos pague o te reembolse la visita. También podemos informar a tu plan de salud sobre un tratamiento que vas a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si tu plan cubrirá el tratamiento.
- Para operaciones sanitarias:** Podemos utilizar y divulgar tu PHI para las operaciones de nuestra consulta. Por ejemplo, podemos utilizar la información sanitaria para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su cuidado.
- Para investigación:** Podemos divulgar tu PHI con fines de investigación. Solo divulgaremos tu PHI con fines de investigación si tu autorización expresa o si el protocolo de investigación ha sido aprobado por un comité de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de tu PHI.
- Según lo exige la ley:** Podemos divulgar tu PHI cuando la ley federal, estatal o local lo requiera.
- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos utilizar y divulgar tu PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a tu salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona.
- Militares y veteranos:** Si eres miembro de las fuerzas armadas o estás separado/dado de baja de los servicios militares, podemos liberar tu PHI según lo requieran las autoridades de mando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos, según corresponda. También podemos facilitar información sanitaria sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.
- Compensación de Trabajadores:** Podemos liberar tu PHI según lo autorizado y conforme a las leyes relacionadas con la compensación laboral y programas similares establecidos por la ley que proporcionan beneficios para enfermedades y lesiones laborales sin distinción de culpa.
- Actividades de salud pública:** Podemos divulgar tu PHI para actividades de salud pública. Estas actividades suelen incluir lo siguiente:
 - prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - para informar nacimientos y defunciones;
 - denunciar abuso o negligencia infantil;
 - informar de reacciones a medicamentos o problemas con los productos;
 - notificar a las personas sobre retiradas de productos que puedan estar utilizando;
 - notificar a la persona u organización obligada a recibir información sobre productos regulados por la FDA; y

- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
1. **Actividades de supervisión sanitaria:** Podemos divulgar tu PHI a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
 2. **Demandas y disputas:** Si estás involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar tu PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar tu PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal realizado por otra persona implicada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarte sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
 3. **Aplicación de la ley:** Podemos divulgar tu PHI a las autoridades policiales para fines policiales, incluyendo lo siguiente:
 - al informar de ciertas lesiones, según lo exigido por la ley, heridas de bala, quemaduras, lesiones a los autores del delito;
 - en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
 - identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - respecto a la víctima de un delito, si la víctima acepta revelar o bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
 - sobre una muerte que creemos que puede ser resultado de conducta criminal;
 - sobre conducta delictiva en nuestra instalación; y
 - en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
 1. **Donación de órganos y tejidos:** Podemos divulgar tu PHI a organizaciones implicadas en la adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos, con el fin de facilitar la donación de órganos y tejidos cuando corresponda.
 2. **Abuso, negligencia y violencia doméstica:** Podemos divulgar tu PHI a una autoridad gubernamental competente si creemos razonablemente que puedes ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando la ley lo requiera o esté autorizado.
 3. **Forenses, forenses y directores de funeraria:** Podemos revelar tu PHI a un forense o un forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar tu PHI a los directores funerarios según sea necesario para que puedan cumplir con sus funciones.
 4. **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia:** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley, o con el propósito de prestar servicios de protección al Presidente o a jefes de Estado extranjeros.
 5. **Internos:** Si eres interno de una institución correccional o bajo la custodia de un agente de la ley, podemos revelar tu PHI a la institución penitenciaria o a un responsable de la ley. Esta autorización sería necesaria (a) para que la institución te proporcione atención sanitaria; (b) proteger tu salud y seguridad o la de los demás; o (c) por la seguridad y protección de la institución correccional.

EJEMPLOS DE OTRAS DIVULGACIONES PERMISAS O OBLIGATORIAS DE TU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA SIN TU AUTORIZACIÓN:

1. **Socios de negocios:** Algunas de nuestras actividades se realizan en nuestro nombre mediante contratos con socios comerciales. Ejemplos de cuándo podemos utilizar un asociado comercial incluyen la codificación y la presentación de reclamaciones realizadas por una empresa de facturación externa, actividades de consultoría y aseguramiento de calidad proporcionadas por un consultor externo, auditorías de facturación y codificación realizadas por un auditor externo, y otros servicios legales y de consultoría prestados en respuesta a problemas de facturación y reembolso que puedan surgir de vez en cuando. Cuando celebramos contratos para obtener estos servicios, puede que necesitemos revelar tu PHI a nuestro asociado comercial para que este pueda realizar el trabajo que hemos solicitado. Sin embargo, para proteger tu PHI, exigimos a nuestro asociado de negocios que proteja adecuadamente tu información.
2. **Notificación:** Podemos utilizar o divulgar tu PHI para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal, amigo cercano u otra persona responsable de tu cuidado sobre tu ubicación y estado general. **No revelaremos tu PHI a tus familiares, representantes personales o amigos cercanos como se describe en este párrafo si te opones a dicha divulgación. Por favor, notifique a nuestro Responsable de Privacidad si se opone a dichas divulgaciones.**
3. **Comunicación con familiares:** Los profesionales sanitarios, incluidos aquellos empleados o bajo contrato con nosotros, pueden revelar a un familiar, otro familiar, amigo personal cercano o cualquier otra persona que identifiques, información médica relativa a la implicación de esa persona en tu cuidado o el pago relacionado con tu atención, salvo que te opongas a la divulgación.
4. **Conducta ilícita:** La ley federal permite la liberación de tu PHI a las agencias de supervisión sanitaria correspondientes, autoridades de salud pública o abogados, siempre que un miembro de la fuerza laboral o un socio empresarial crea de buena fe que hemos incurrido en conductas ilícitas o violado normas profesionales o clínicas y que potencialmente ponemos en peligro a uno o más pacientes, Trabajadores o el público.

NO PODEMOS UTILIZAR NI DIVULGAR SU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA PARA LOS SIGUIENTES FINES SIN SU AUTORIZACIÓN:

1. Debemos obtener una autorización de tu parte para usar o divulgar notas de psicoterapia, salvo que sea para tratamiento, pago o operaciones sanitarias, o sea obligatorio por ley, permitido por actividades de supervisión sanitaria, a un forense o forense, o para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad.
 2. Debemos obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de tu PHI para cualquier comunicación de marketing dirigida a ti sobre un producto o servicio que te anime a usar o comprar dicho producto o servicio, a menos que la comunicación sea (a) cara a cara o; (b) un regalo promocional de valor nominal. Sin embargo, no necesitamos obtener una autorización suya para proporcionar recordatorios de renovación, información sobre su tratamiento de tratamiento, gestión de casos o coordinación de cuidados, para describir productos o servicios relacionados con la salud que proporcionamos, ni para contactar con usted respecto a alternativas de tratamiento. Debemos notificarle si el marketing implica una remuneración económica.
 3. Debemos obtener una autorización para cualquier divulgación de su PHI que constituya una venta de dicha PHI.
 4. **Debemos obtener una autorización para todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritas en este aviso.**
- Si nos proporciona autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento.

CAMBIOS EN ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y cualquier término de este aviso. Si nuestras prácticas de privacidad cambian de forma significativa, revisaremos este aviso y pondremos a disposición copias del aviso revisado a petición. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la notificación revisada o modificada para la PHI que ya tenemos sobre ti, así como cualquier PHI que recibamos en el futuro.

PARA PRESENTAR UNA QUEJA:

FORMULARIO: 1.05B ATESTIGUACIÓN DE AVISOS Y DIVULGACIONES DEL PACIENTE (spaniol)

Si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante nosotros, contacte con nuestro Responsable de Privacidad en el número que aparece en la primera página de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No habrá represalias por presentar una queja.**

ACUSE DE RECIBO DE ESTE AVISO:

Le solicitaremos que firme un formulario aparte reconociendo que ha recibido una copia de este aviso. Si eliges, o no puedes firmar, un miembro del personal firmará su nombre y fecha. Este acuse de recibo se archivará junto con tus registros.

INFORMACIÓN SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

De acuerdo con la Estadística de Nueva Jersey § 26:2H-53, debemos informarle sobre la política del centro sobre Directivas Anticipadas. Las directivas anticipadas incluyen, pero no se limitan a, un poder de atención sanitaria, consentimiento para una orden de no reanimación (DNR) registrada en tu historial médico y un testamento vital.

Debido a que el Garden State Endoscopy & Surgery Center es un centro de cirugía ambulatoria con el propósito de realizar endoscopias electivas de manera segura y sencilla, se espera que los pacientes tengan un excelente resultado. Si un paciente tiene una complicación, el personal del centro siempre intentará reanimarlo y trasladarlo a un hospital en caso de deterioro.

Si un paciente debe proporcionar su Directiva, se colocará una copia en su historial médico y se transferirá con él en caso de que su médico ordene un traslado hospitalario.

Para garantizar que la comunidad sea atendida por este centro, hay información sobre directivas anticipadas/apoderaciones sanitarias y órdenes de DNR disponible en el centro

Información sobre Directrices Anticipadas

Línea de ayuda: 800-658-8898 Línea multilingüe: 877-658-8896

Derechos [© de autor carinqinfo@nhpco.org](mailto:de autor carinqinfo@nhpco.org) sitio web: www.caringinfo.org

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

El Centro es un "Centro de Cirugía Ambulatoria" especialmente diseñado para la práctica de la Gastroenterología --- no se realizan otros procedimientos médicos aquí. La misión del Centro es ofrecer una atención de calidad en un entorno ambulatorio especializado y nos esforzamos por ofrecer a cada paciente la máxima atención y atención personalizada. Tenga en cuenta que algunos de los médicos que realizan procedimientos pueden tener una participación financiera directa en este centro.

Para asegurarnos de que nuestros pacientes comprendan su responsabilidad financiera y nuestras políticas de pago, le pedimos que se tome un minuto para leer lo siguiente y debatir cualquier pregunta que pueda tener con nuestro representante de facturación.

1. La **tarifa que cobramos** por nuestros servicios cubre el **componente no profesional** de su procedimiento, también conocido como la tarifa "técnica" o "de la instalación", que incluye el coste de funcionamiento de esta instalación, incluyendo equipo, personal, alquiler, suministros, etc.
2. También recibirá una factura separada de la consulta del médico por sus servicios profesionales, servicios de anestesia y, posiblemente, del laboratorio por cualquier servicio de patología.
3. La instalación, la anestesia, el laboratorio y la consulta profesional del médico son entidades legales separadas que ofrecen servicios distintos y distintos. Algunos de estos proveedores prestan servicios en este centro, tales como: Northern Valley Anesthesia Group y proveedores de patología (Rahway Pathology, AGG Laboratory, Dianon & LabCorp; Patología del ADH) puede ser contratada de forma independiente y puede tener un estado de participación en red diferente con tu plan de seguro. Tienes derecho a solicitar una lista de proveedores que puedan estar involucrados en tu atención y verificar su estado de red con tu seguro antes de tu procedimiento.
4. Como cortesía hacia nuestros pacientes, las reclamaciones de seguro se presentarán en nombre del paciente a la compañía de seguros especificada durante el proceso de registro, siempre que tengamos el nombre completo y la dirección de la compañía de seguros, el nombre del suscriptor, el número de la seguridad social y la fecha de nacimiento, el número de grupo y cualquier otra autorización previa requerida para el procedimiento.
5. Esperamos que todos los copagos conocidos se paguen en el momento del servicio o según lo requiera el contrato entre el paciente, la aseguradora y nuestro centro. Nos reservamos el derecho de cobrar copagos, franquicias y coseguros previa notificación por parte de la aseguradora.
6. Algunas aseguradoras requieren precertificación, preautorización o una recomendación por escrito. Es responsabilidad del paciente comprender los requisitos del plan de seguro y asegurarse de que la autorización adecuada se obtenga al menos 3 días antes de la fecha de servicio. El incumplimiento puede resultar en la denegación de la reclamación por parte de la aseguradora. Si tu seguro denega la reclamación o retiene el pago, es posible que seas el responsable final del saldo.
7. Si tienes alguna pregunta relacionada con el saldo, por favor contacta con nuestra Oficina de Facturación para hablar sobre tu cuenta. El impago resultará en la derivación a una agencia de cobro externa. Los honorarios legales y los costes de cobro

incurridos para cobrar cuentas pendientes serán responsabilidad del paciente.

Autorización para Divulgar Información: Por la presente autorizo al Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State a liberar toda la información necesaria para la facturación y procesamiento de la cuenta por los servicios prestados.

Cesión de Beneficios del Seguro: Por la presente autorizo el pago a los beneficios del seguro de Garden State Endoscopy & Surgery Center, que de otro modo me pagaban, por este servicio. El pago al Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State no deberá exceder el saldo debido por los servicios prestados.

He leído lo anterior y entiendo y acepto los términos establecidos en este Reconocimiento de Responsabilidad Financiera. Entiendo que soy responsable financieramente ante el centro por los gastos que no cubre esta asignación.

DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD DEL MÉDICO

Esta divulgación la realiza el Garden State Endoscopy & Surgery Center, a la que se refiere en este documento como "Su médico - Divulgación de propiedad".

Tu médico participa en uno o más programas de calidad y eficiencia gestionados por tu aseguradora de salud en relación con los servicios quirúrgicos ambulatorios. Estos programas ofrecen un incentivo económico a los médicos participantes para alcanzar ciertos objetivos de calidad y seleccionar centros rentables y participativos para su atención. El centro al que le derivará su médico, Garden State Endoscopy & Surgery Center, situado en 200 Sheffield Street, Suite 101, Mountainside, NJ 07092, es uno de esos centros participantes. Tienes derecho a obtener los servicios o artículos recomendados en el centro que elijas, salvo que la ley lo limite lo contrario. Si decides no obtener los servicios o artículos derivados en el centro mencionado anteriormente, puedes solicitar a tu médico que realice una derivación alternativa.

Médicos que tienen PROPIEDAD en este centro: **Dra. Amber Khan MD / Dr. Arun. Mathew MD / Dr. Daniel Bodek / Dr. Jefferey Shrensel MD / Dr. Kunal Grover MD / Dr. Michael Margolin MD / Dr. Michael Viksjo MD / Dr. Patrick Tempera MD / Dr. Prakriti Merchant MD / Dr. Rajesh Dhirmalani MD / Dr. Ricardo Rodriguez MD / Dr. Robert Greenblatt MD / Dr. Ramon Ledon / Dr. Michael Rosen**

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

AVISO DE LA SECCIÓN 1557 DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (ACA)

Garden State Endoscopy & Surgical Center cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos menos favorablemente por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayudas y servicios gratuitos para ayudarte a comunicarte con nosotros. Puedes pedir intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como la letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidad.

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito 908-241-8900

Si cree que no hemos prestado estos servicios o que hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

Directora ejecutiva de la instalación: Ina Mendes

Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State

200 Sheffield Street, Suite 101

Mountainside, NJ 07092

Teléfono: (908) 241-8900

Correo electrónico: ina.mendes@scasurgery.com

Si necesitas ayuda para presentar una queja, llama al número gratuito 908-241-8900.

También puedes presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

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

Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Correo: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue, SW

Habitación 509F, Edificio HHH

Washington, D.C. 20201

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

Este aviso está disponible en: <https://gardenstateendoscopy.com/> y se publica en la ubicación de la instalación: 200 Sheffield Street, Suite 101 Mountainside NJ 07092

Política sobre joyería y exención de responsabilidad

Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State, LLC

Yo, _____ ("**Paciente**"), he sido informado y sé que soy responsable de todas las joyas, incluyendo pero no limitándose a anillos, pendientes, collares, piercings, pulseras y relojes ("Joyería"), antes de realizar mi cirugía o procedimiento en el Garden State Endoscopy & Surgery Center, LLC. Si el/los médico(s) y/o el personal médico implicado en dicha cirugía o procedimiento pueden tener que retirar mis joyas, por cualquier medio necesario, incluyendo pero no limitándose a, cortar la joyería o dañarla de forma irreparable.

El paciente (y sus familiares, tutores, herencias, abogados o cualquier persona que reclame derechos en nombre del paciente) (en adelante, las "Partes del Paciente"), por la presente libera y libera absoluta y para siempre al Garden State Endoscopy & Surgery Center, LLC, (y a todos sus respectivos miembros, funcionarios, empleados, gerentes, agentes, sucesores, cesionarios, albaceas, legados, legados, heresores y predecesores interesados, sucesores en intereses y apoderados) (en adelante, las "Partes del Centro") de todas las reclamaciones, derechos, demandas, representaciones, gastos, honorarios de abogados, costes y causas de acción de todo tipo y naturaleza, ya sean conocidas o desconocidas, anticipadas o no anticipadas, sospechosas o no sospechosas, ya sea en derecho o en equidad, que las Partes Pacientes puedan tener o reclamar tener contra las Partes del Centro relacionadas con las Joyas del Paciente, responsabilidad o no retirar dichas joyas durante cualquier cirugía o procedimiento, o lesión al paciente resultante de la retirada de dichas joyas.