

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

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

Derechos legales

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

Cuidado médico

- Recibir la atención y los servicios de salud que el centro de atención médica debe brindar.
- Recibir una explicación comprensible de su médico sobre su condición médica completa, el tratamiento recomendado, los resultados esperados, los riesgos involucrados y las alternativas médicas razonables. Si su médico cree que parte de esta información sería perjudicial para su salud o más allá de su capacidad de comprensión, la explicación se le dará a su familiar o tutor más cercano.
- Dar consentimiento informado por escrito antes del inicio de procedimientos o tratamientos médicos específicos que no sean de emergencia solo después de que su médico le haya explicado, en palabras que comprenda, detalles específicos sobre el procedimiento o tratamiento recomendado, los riesgos involucrados, el tiempo requerido para la recuperación y cualquier alternativa médica razonable.
- Rechazar medicamentos y tratamientos después de que se le hayan explicado claramente las posibles consecuencias de esta decisión, a menos que la situación ponga en peligro la vida o que el procedimiento sea requerido por la ley.
- Ser incluido en la investigación experimental solo si da su consentimiento informado por escrito, o cuando un tutor da dicho consentimiento para un paciente incompetente de acuerdo con la ley, las normas y los reglamentos. Tiene derecho a negarse a participar.

Manejo del dolor

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

Comunicación e información

- Ser informado de los nombres y funciones de todos los profesionales de la salud que le brindan atención personal.
- Divulgación de intereses financieros o propiedad del médico en el Centro.
- Cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles.
- Recibir, lo antes posible, los servicios de un traductor o intérprete si lo necesita para ayudarlo a comunicarse con el personal de atención médica del centro: Recibir servicios de comunicación si tiene discapacidades visuales, del habla, auditivas o cognitivas de una manera que satisfaga sus necesidades.
- Ser informado de las disposiciones para atención fuera del horario de atención y de emergencia.
- Ser informado de los nombres y funciones de cualquier institución externa de atención médica y educación involucrada en su tratamiento. Puede negarse a permitir su participación.
- Directivas anticipadas, según lo exijan las leyes y regulaciones estatales o federales y, si se solicita, formularios oficiales de directivas anticipadas estatales.
- Recibir, previa solicitud, las políticas y procedimientos escritos de la instalación con respecto a los métodos para salvar vidas.
- Ser informado por escrito de las reglas de la instalación con respecto a la conducta de pacientes y visitantes.
- Recibir un resumen de sus derechos como paciente que incluya el nombre y el número de teléfono del miembro del personal del centro de atención médica a quien puede hacer preguntas o quejarse sobre cualquier posible violación de sus 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 negligencia, si corresponde.
- La organización informará al paciente o al sustituto que toma las decisiones sobre los resultados imprevistos de la atención, el tratamiento o los servicios relacionados con los eventos centinela.

Registros médicos

- Tener acceso rápido a la información de su registro médico. Si su médico considera que este acceso es perjudicial para su salud, su pariente más cercano o tutor tiene derecho a ver su registro; Obtener una copia de su registro médico, a una tarifa razonable, dentro de los 30 días posteriores a la solicitud por escrito al centro.
- Para acceder a su registro de conformidad con las disposiciones del Código Administrativo de Nueva Jersey § 8: 43G-15.3 de la Ley de Salud Pública.

Costo de la atención de las instalaciones

- Recibir una copia de las tarifas de los servicios de la instalación, la elegibilidad para el reembolso de terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de tarifas de pago de atención gratuita o de costo reducido. Si solicita una factura detallada, la instalación debe proporcionarle una y responder cualquier pregunta que pueda tener. Tiene derecho a apelar cualquier cambio.
- Ser informado por la instalación si parte o la totalidad de su factura no estará cubierta por el seguro. El centro está obligado a ayudarlo a obtener cualquier asistencia pública y beneficios de atención médica privada a los que pueda tener derecho.

Privacidad y confidencialidad

- Tener privacidad física durante el tratamiento médico y las funciones de higiene personal, a menos que necesite ayuda.
- Ser tratado con cortesía, consideración, respeto y reconocimiento de su dignidad, individualidad y derecho a la privacidad, incluida, entre otras, la privacidad auditiva y visual. La privacidad del paciente también se respetará cuando el personal del centro hable sobre el paciente.
- Al tratamiento confidencial de su información. La información en sus registros no se divulgará a nadie fuera del centro de atención médica sin su aprobación, a menos que lo exija la ley. El centro puede divulgar datos sobre el paciente para estudios que contengan estadísticas agregadas cuando se enmascara la identidad del paciente.

Libertad de abuso y restricciones

- A la libertad del abuso verbal, físico, sexual y mental.
- A la libertad de restricciones, a menos que estén autorizadas por un médico por un período de tiempo limitado para proteger su seguridad o la de otros.

Transferencias

- Ser transferido a otro centro solo cuando usted o su familia hayan hecho la solicitud, o en los casos en que el centro no pueda brindarle la atención que necesita.
- Recibir una explicación anticipada de un médico sobre los motivos de su traslado y las posibles alternativas.

Necesidades personales

- Ser tratado con cortesía, consideración y respeto por su dignidad e individualidad.
- Tener acceso a espacio de almacenamiento para uso privado. La instalación tiene un sistema para salvaguardar su propiedad personal.

Enfermería privada

- Contratar directamente con una enfermera profesional registrada con licencia de Nueva Jersey de la elección del paciente para la atención de enfermería profesional privada durante su atención. Una enfermera profesional registrada así contratada deberá cumplir con las políticas y procedimientos del centro de atención médica siempre que estos requisitos sean los mismos para las enfermeras privadas y las empleadas regularmente. El centro, previa solicitud, proporcionará al paciente o a la persona designada una lista de registros locales de asociaciones profesionales de enfermería sin fines de lucro que remitan a las enfermeras para la atención de enfermería profesional privada.

Planificación del alta

- Recibir información y asistencia de su médico tratante y otros proveedores de atención médica si necesita coordinar la atención médica continua después de su alta del centro.
- Recibir suficiente tiempo antes del alta para organizar las necesidades continuas de atención médica.
- Ser informado por el centro de atención médica sobre cualquier proceso de apelación al que tenga derecho por ley si no está de acuerdo con los planes de alta del centro.

Tutor del paciente

- El tutor del paciente, el pariente más cercano o la persona responsable legalmente autorizada tiene derecho a ejercer los derechos delineados en nombre del paciente, en la medida permitida por la ley, si el paciente ha sido declarado incompetente de acuerdo con la ley, ha designado 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 idioma y de una manera que comprendan.

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

- Se alienta al paciente a hacer todas y cada una de las preguntas del médico y el personal para que pueda tener un conocimiento completo del procedimiento y los cuidados posteriores.
- Siga el plan de tratamiento prescrito por su proveedor y participe en su atención.
- Proporcionar información completa y precisa lo mejor que pueda sobre su salud, cualquier medicamento, incluidos los productos de venta libre y los suplementos dietéticos y cualquier alergia o sensibilidad.
- Proporcionar a la organización información sobre sus expectativas y satisfacción con la organización.
- Proporcione un adulto responsable para transportarlo a su casa desde la instalación y permanezca con él / ella durante 24 horas, si su proveedor lo requiere.
- Informar a su proveedor sobre cualquier testamento vital, poder notarial médico u otra directiva que pueda afectar su atención.
- Dar a conocer sus deseos con respecto a los regalos anatómicos. Puede documentar sus deseos en su poder de atención médica o en una tarjeta de donante, disponible en el centro.
- Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por su seguro.
- Sea respetuoso con todos los proveedores y el personal de atención médica, así como con los demás pacientes.

Preguntas y quejas de los pacientes

- Expresar quejas o recomendar cambios en las políticas y servicios al personal del centro, la autoridad gubernamental y/o representantes externos de la elección del paciente sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalias.
- Una queja o queja debe registrarse comunicándose 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 reclamos se registrarán con el problema específico informado, la fecha en que se recibió el informe (verbal o escrito), la resolución y la fecha de cierre. El centro responderá por escrito con un aviso de cómo se ha abordado la queja dentro de los 30 días.

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

Defensor del Beneficiario 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 Personas Mayores de Nueva Jersey Defensoría del Adulto Mayor Institucionalizado
División de Evaluación y Licencias de Instalaciones de Salud Apartado postal 852, Trenton, NJ 08625-0852
Apartado de correos 367, Trenton, NJ 08625-0367 Línea directa gratuita: 1-877-582-6995
Línea directa gratuita: 1-800-792-9770, seleccione #1 Facsimil: 609-943-3479
Fax: 609-943-4977 o 609-633-9060 Correo electrónico: PublicAdvocate@advocate.state.nj.us

Si tiene inquietudes sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención que considere que el administrador del centro no ha abordado adecuadamente, puede comunicarse con:

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

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Para el uso y/o divulgación de información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica

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

1. El Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso de privacidad") para Garden State Endoscopy & Surgery Center (el "Centro") me ha sido proporcionado antes de firmar este Consentimiento. El Aviso de privacidad incluye una descripción de los usos y/o divulgaciones permitidos de mi información médica protegida ("PHI") por parte del Centro. Entiendo que una copia del Aviso de privacidad estará disponible para mí en el futuro si lo solicito. El Centro me ha alentado a leer detenidamente el Aviso de privacidad antes de firmar este Consentimiento. El Centro se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en su Aviso de privacidad, de acuerdo con la ley aplicable.
2. Entiendo y doy mi consentimiento para los siguientes recordatorios de citas que serán utilizados por el Centro:
3. Una postal que me enviaron por correo a la dirección proporcionada por mí; y/o
 - a. Llamar a mi casa y dejar un mensaje en mi contestador automático.
 - b. Llamar a mi teléfono celular o dejar un mensaje de texto
 - c. Entiendo que si no firmo este Consentimiento que evidencie 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 a mi entera satisfacción de una manera que puedo entender.

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

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003, **revisada en agosto de 2025**

PUEDEN SER UTILIZADO Y DIVULGADO Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso será aplicable a las siguientes entidades:

- [Garden State Endoscopy & Surgery Ctr. (el "Centro")]
- [Grupo de Anestesia del Valle del Norte]
- (Patología de Rahway, Laboratorio AGG, Dianon & LabCorp; Patología de ADH)

NOTA: Los proveedores de atención médica independientes que le brindan atención o tratamiento en el Centro (por ejemplo, cirujanos, anestesiólogos, radiólogos, patólogos) también cumplirán con los términos de este Aviso con respecto a su información médica protegida con respecto a la atención o el tratamiento que se le brinda en el Centro. En consecuencia, dichos proveedores independientes pueden usar y divulgar información médica protegida sobre usted con respecto a la atención o el tratamiento que se le brinda en el Centro para los fines discutidos en este Aviso (por ejemplo, sus propias actividades de pago) y en la misma medida en que el Centro pueda hacer dichos usos o divulgaciones bajo los términos de este Aviso. Sin embargo, dichos proveedores independientes pueden tener diferentes políticas o avisos con respecto a su uso y divulgación de la información médica mantenida por ellos con respecto a la atención o el tratamiento que se le brinda fuera del Centro. Tenga en cuenta que dichos proveedores independientes no son empleados ni agentes del Centro, pero se unen en virtud de este Aviso para explicarle sus derechos relacionados con la privacidad de la información médica protegida sobre usted con respecto a la atención o el tratamiento que se le brinda en el Centro.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o necesita más información, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al [Insertar el número de teléfono del Oficial de Privacidad]. Las solicitudes por escrito deben dirigirse a:

Centro de Endoscopia y Cirugía de Garden State
A la atención de: Oficial de privacidad
200 Sheffield St, Suite 101, Mountainside, NJ 07092

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

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

Estamos obligados por ley a:

1. Mantener la privacidad de su PHI;
2. Darle este aviso que describe nuestros deberes legales, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a la PHI que recopilamos y mantenemos;
3. Notificarle si descubrimos una violación de su PHI que no está protegida de acuerdo con las pautas federales; y
4. Sigamos los términos del Aviso de prácticas de privacidad que está actualmente en vigor.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

5. **Derecho a inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar todo o parte de su registro médico o de salud, según lo dispuesto por las regulaciones federales. Puede solicitar y recibir una copia electrónica de su PHI si mantenemos su PHI en un registro de salud electrónico.

Para inspeccionar y copiar su PHI, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a 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 el costo de acuerdo con la ley estatal por los costos asociados con el cumplimiento de su solicitud.

Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias limitadas.

- Derecho a enmendar:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI o un registro médico o de salud sobre usted si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras conservemos la información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito, enviarse a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección que figura en la primera página de este aviso y debe proporcionar una razón que respalde su solicitud de enmienda. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias limitadas.
- Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar una lista que dé cuenta de cualquier divulgación de su PHI que hayamos realizado, excepto las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertos otros fines si dichas divulgaciones se realizaron a través de un registro en papel u otro registro de salud que no sea electrónico. según lo establecido en las regulaciones federales. Si solicita un informe de las divulgaciones de su PHI, el informe puede incluir divulgaciones realizadas con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica en la medida en que las divulgaciones se realicen a través de un registro de salud electrónico. Para solicitar un informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección que figura en la primera página de este aviso. Su solicitud debe indicar un período 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 dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.
- Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso y divulgación de su PHI. También tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la divulgación de su PHI a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que restrinjamos el uso de su PHI a una enfermera específica o que no divulguemos información a su cónyuge sobre una cirugía que tuvo. Si paga un servicio completamente de su bolsillo, puede solicitar que la información sobre el servicio se retenga y no se proporcione a un tercero pagador para fines de pago u operaciones de atención médica. Estamos obligados por ley a cumplir con dicha restricción. Para solicitar una restricción en el uso y divulgación de su PHI, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección que figura en la primera página de este aviso. En su solicitud, debe indicarnos qué información desea limitar y a quién desea que se apliquen las limitaciones. Le notificaremos nuestra decisión con respecto a la restricción solicitada. Si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.
- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI de cierta manera o que dichas comunicaciones se dirijan a una ubicación determinada. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo a un apartado de correos. Para solicitar comunicaciones, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección que figura en la primera página de este aviso. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. confidencial
- Derecho a una copia impresa de este aviso:** Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento si lo solicita. En el momento de la primera notificación prestada, estamos obligados a proporcionarle una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia de este aviso en cualquier otro momento, solicítela a nuestro Oficial de Privacidad en la dirección que figura en la primera página de este aviso.
- Derecho a revocar la autorización:** Si ejecuta alguna autorización para el uso y la divulgación de su PHI, tiene derecho a revocar dicha autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de dicha autorización.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN:

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización.

- Para tratamiento:** Podemos usar su PHI para brindarle tratamiento o servicios de atención médica. Podemos divulgar su PHI a otros médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud u otro personal que esté involucrado en su atención. Por ejemplo, otro médico que lo trata por una pierna rota puede necesitar saber si tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación.
- Para el pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para que el tratamiento y los servicios que recibe de nosotros puedan facturarse y cobrarse el pago de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información sobre su visita a nuestra práctica para que su plan de salud nos pague o le reembolse la visita. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para operaciones de nuestra práctica. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted.
- Para investigación:** Podemos divulgar su PHI con fines de investigación. Solo divulgaremos su PHI con fines de investigación con su autorización expresa o si el protocolo de investigación ha sido aprobado por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su PHI.
- Según lo exija la ley:** Podemos divulgar su PHI cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Podemos usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.
- Militares y veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o está separado/dado de baja de los servicios militares, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos, según corresponda. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.
- Compensación para trabajadores:** Podemos divulgar su PHI según lo autorizado y en cumplimiento de las leyes relacionadas con la compensación para trabajadores y programas similares establecidos por la ley que brindan beneficios por enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- Actividades de salud pública:** Podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
 - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - informar de nacimientos y defunciones;
 - para denunciar abuso o negligencia infantil;
 - para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar usando;
 - notificar a la persona u organización requerida para recibir información sobre productos regulados por la FDA; y

- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
1. **Actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud 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 controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
 2. **Demandas y disputas:** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
 3. **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para fines de cumplimiento de la ley, incluidos los siguientes:
 - al informar ciertas lesiones, según lo exige la ley, heridas de bala, quemaduras, lesiones a los autores de delitos;
 - en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
 - para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - sobre la víctima de un delito, si la víctima acepta divulgar o, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
 - sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
 - sobre la conducta delictiva en nuestras instalaciones; 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 su PHI a organizaciones involucradas en la obtención, 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 su PHI a una autoridad gubernamental apropiada si creemos razonablemente que puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.
 3. **Médicos forenses, examinadores de salud y directores de funerarias:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador de salud. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
 4. **Actividades de inteligencia y seguridad nacional:** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley, o con el fin de proporcionar servicios de protección al Presidente o jefes de estado extranjeros.
 5. **Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta divulgación sería necesaria (a) para que la institución le brinde atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (c) para la seguridad de la institución correccional.

EJEMPLOS DE OTRAS DIVULGACIONES PERMITIDAS O REQUERIDAS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN:

1. **Socios comerciales:** Algunas de nuestras actividades se realizan en nuestro nombre a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos de cuándo podemos utilizar un socio comercial incluyen codificación y presentación de reclamos realizados por una empresa de facturación externa, actividades de consultoría y control de calidad proporcionadas por un consultor externo, auditorías de facturación y codificación realizadas por un auditor externo y otros servicios legales y de consultoría proporcionados en respuesta a problemas de facturación y reembolso que puedan surgir de vez en cuando. Cuando celebramos contratos para obtener estos servicios, es posible que debamos divulgar su PHI a nuestro socio comercial para que el asociado pueda realizar el trabajo que hemos solicitado. Sin embargo, para proteger su PHI, requerimos que nuestro socio comercial proteja adecuadamente su información.
2. **Notificación:** Podemos usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal, amigo personal cercano u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación y condición general. **No divulgaremos su PHI a sus familiares, representantes personales o amigos personales cercanos como se describe en este párrafo si se opone a dicha divulgación. Notifique a nuestro Oficial de Privacidad si se opone a dichas divulgaciones.**
3. **Comunicación con miembros de la familia:** Los profesionales de la salud, incluidos los empleados o bajo contrato con nosotros, pueden divulgar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información médica relacionada con la participación de esa persona en su atención o pago relacionado con su atención, a menos que usted se oponga a la divulgación.
4. **Conducta ilegal:** La ley federal permite la divulgación de su PHI a las agencias de supervisión de la salud, autoridades de salud pública o abogados apropiados, siempre que un miembro de la fuerza laboral o un socio comercial crea de buena fe que hemos participado en una conducta ilegal o que hemos violado los estándares profesionales o clínicos y estamos poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o el público.

NO PODEMOS USAR NI DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA LOS SIGUIENTES FINES SIN SU AUTORIZACIÓN:

1. Debemos obtener una autorización de usted para usar o divulgar notas de psicoterapia a menos que sea para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o sea requerido por la ley, permitido por actividades de supervisión de la salud, a un forense o examinador médico, o para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad.
2. Debemos obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de su PHI para cualquier comunicación de marketing dirigida a usted sobre un producto o servicio que lo aliente a usar o comprar el producto o servicio, a menos que la comunicación sea (a) una comunicación cara a cara o; b) un regalo promocional de valor nominal. Sin embargo, no necesitamos obtener una autorización de usted para proporcionar recordatorios de reabastecimiento, información sobre su curso de tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, para describir productos o servicios relacionados con la salud que brindamos, o para comunicarnos con usted con respecto a alternativas de tratamiento. Debemos notificarle si la comercialización 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 descritos en este aviso.**

Si nos proporciona una autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si nuestras prácticas de privacidad cambian materialmente, revisaremos este aviso y pondremos a disposición copias del aviso revisado a pedido. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la PHI que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro.

PARA PRESENTAR UNA QUEJA:

Si cree que se han violado 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, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al número que figura en la primera página de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No habrá represalias contra usted por presentar una queja.**

ACUSE DE RECIBO DE ESTE AVISO:

Le solicitaremos que firme un formulario por separado reconociendo que ha recibido una copia de este aviso. Si lo desea, o no puede firmar, un miembro del personal firmará su nombre y fecha. Este acuse de recibo se archivará en sus registros.

INFORMACIÓN SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

De acuerdo con N.J. Stat. § 26:2H-53, debemos informarle sobre la política del centro sobre directivas anticipadas. Las directivas anticipadas incluyen, entre otras, un poder de atención médica, el consentimiento para una orden de no reanimación (DNR) registrada en su registro médico y un testamento vital.

Debido al hecho de que el Garden State Endoscopy & Surgery Center es un Centro de Cirugía Ambulatoria con el propósito de realizar endoscopia electiva de manera segura y sin complicaciones, se espera que los pacientes tengan un resultado excelente. Si un paciente tiene una complicación, el personal del centro siempre intentará resucitar al paciente y trasladarlo a un hospital en caso de deterioro.

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

Para garantizar que este centro atienda a la comunidad, la información sobre directivas anticipadas / órdenes de poder de atención médica y DNR está disponible en el centro

Información sobre directivas anticipadas

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

Derechos de autor © carinfo@nhpco.org sitio web: www.caringinfo.org

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR PARTE DEL PACIENTE

El Centro es un "Centro de Cirugía Ambulatoria" especialmente diseñado para la práctica de la Gastroenterología --- aquí no se realizan otros procedimientos médicos. La misión del Centro es brindar atención de calidad en un entorno ambulatorio especializado y nos esforzamos por brindar a cada paciente la máxima atención y atención personalizada.

Tenga en cuenta que algunos de los médicos que realizan procedimientos pueden tener un interés financiero directo 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 discutir 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 tarifa "técnica" o "instalación", que incluye el costo de operación de esta instalación, incluido el equipo, el personal, el alquiler, los suministros, etc. También recibirá una factura separada del consultorio del médico por sus servicios profesionales, servicios de anestesia y posiblemente el laboratorio para cualquier servicio de patología. La instalación, el laboratorio y el consultorio profesional de los médicos son entidades legales separadas que brindan servicios separados y distintos.
2. Como cortesía para nuestros pacientes, las reclamaciones de seguros 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 seguro social y la fecha de nacimiento, y el número de grupo y cualquier otra autorización previa requerida para el procedimiento.
3. 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, deducibles y coseguros previa notificación de la aseguradora.
4. Algunas aseguradoras requieren una certificación previa, una autorización previa o una referencia por escrito. Es responsabilidad del paciente comprender los requisitos del plan de seguro y asegurarse de obtener la autorización adecuada al menos 3 días antes de la fecha del servicio. El no hacerlo puede resultar en la denegación del reclamo por parte de la aseguradora. Si su seguro niega el reclamo o retiene el pago, usted puede ser responsable en última instancia del saldo.
5. Si tiene alguna pregunta relacionada con el saldo, comuníquese con nuestra Oficina de facturación para analizar su cuenta. La falta de pago resultará en una remisión a una agencia de cobranza externa. Los honorarios legales y los costos de cobro incurridos para cobrar las cuentas pendientes serán responsabilidad del paciente.

Autorización para divulgar información: Por la presente autorizo a Garden State Endoscopy & Surgery Center a divulgar toda la información necesaria para la facturación y el procesamiento de la cuenta por los servicios prestados.

Entiendo que no debo traer ningún objeto de valor al Garden State Endoscopy & Surgery Center y que el centro no es responsable del robo o pérdida de objetos de valor.

Asignación de beneficios de seguro: Por la presente autorizo el pago a Garden State Endoscopy & Surgery Center los beneficios del seguro, que de otro modo me serían pagaderos, por este servicio. El pago a Garden State Endoscopy & Surgery Center no excederá el saldo adeudado por los servicios prestados.

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

DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD DEL MÉDICO

Esta divulgación está siendo realizada por Garden State Endoscopy & Surgery Center, a la que se hace referencia en este documento como "Su médico - Divulgación de propiedad".

Su médico participa en uno o más programas de calidad y eficiencia operados por su aseguradora de salud con respecto a los servicios quirúrgicos ambulatorios. Estos programas brindan un incentivo financiero a los médicos participantes para lograr ciertos objetivos de calidad y seleccionar instalaciones participantes rentables para su atención. El centro al que su médico lo derivará, Garden State Endoscopy & Surgery Center, ubicado en 200 Sheffield Street, Suite 101, Mountainside, NJ 07092, es uno de esos centros participantes. Tiene derecho a obtener los servicios o artículos referidos en la instalación de su elección, a menos que la ley lo restrinja. Si elige no obtener los servicios o artículos referidos en el centro identificado anteriormente, puede solicitar que su médico haga una derivación alternativa.

Médicos que tienen PROPIEDAD en esta instalación: **Dra. Amber Khan MD / Dr. Arun. Mathew MD / 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 Rodríguez MD / Dr. Robert Greenblatt MD**

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Garden State Endoscopy & Surgery Center cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayudas y servicios gratuitos para ayudarlo a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También proporcionamos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

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

Si cree que no proporcionamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, 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 de Garden State
200 Sheffield Street, Suite 101
Mountainside, NJ 07092
Teléfono: (908) 241-8900

Correo electrónico: ina.mendes@scasurgery.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito 908-241-8900.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.:

En línea: <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 Avenida Independencia, SW

Sala 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 con respecto a la joyería y la liberación de Responsabilidad

Centro de Endoscopia y Cirugía Garden State, LLC

Yo, _____ ("Paciente"), he sido informado y soy consciente de que soy responsable de todas las joyas, incluidos, entre otros, anillos, aretes, collares, piercings, pulseras y relojes ("Joyas"), antes de realizar mi cirugía o procedimiento en Garden State Endoscopy & Surgery Center, LLC. Si los médicos y / u otro personal médico involucrado en dicha cirugía o procedimiento pueden tener que quitarse mis joyas, por cualquier medio que sea necesario, incluidos, entre otros, cortar las joyas o dañar las joyas sin posibilidad de reparación.

El Paciente (y sus familiares, tutores, patrimonio, abogados o cualquier persona que reclame derechos en nombre del Paciente) (en adelante, las "Partes del Paciente"), por la presente libera y libera absolutamente y para siempre al Garden State Endoscopy & Surgery Center, LLC, (y a todos sus respectivos miembros, funcionarios, empleados, gerentes, agentes, sucesores, cesionarios, albaceas, legatarios, legatarios, predecesores en interés, sucesores en interés y abogados) (en adelante, las "Partes del Centro") de todas las reclamaciones, derechos, demandas, representaciones, gastos, honorarios de abogados, costas y causas de acción de todo tipo y naturaleza, ya sean conocidas o desconocidas, anticipadas o imprevistas, sospechadas o insospechadas, ya sea por ley o en equidad, que las Partes Pacientes puedan tener o pretendan tener contra las Partes del Centro relacionadas con las Joyas del Paciente, responsabilidad o falta de eliminación de dichas joyas durante cualquier cirugía o procedimiento, o lesiones al paciente como resultado de la extracción de dichas joyas.