

Instituto de Gastroenterología de Tucson
Tucson Gastroenterology Institute
3040 N. Swan Road, Suite A
Tucson, AZ 85712
(520) 547-0645
www.tucsongastro.com

A nuestro paciente,

Usted tiene una cita para un procedimiento quirúrgico en el Instituto de Gastroenterología de Tucson (Tucson Gastroenterology Institute - TGI). Éste es un centro de cirugía licenciado, independiente de la oficina de su médico. Según las directivas de ADHS, debemos prepararle un expediente separado, y por consiguiente, debemos pedirle que complete los papeles adjuntos. Es esencial llenar estos papeles para que podamos completar su expediente aquí en el centro de cirugía.

Por favor complete los papeles adjuntos y tráigalos a su cita

1. Por favor llegue de 30 a 60 minutos antes del horario de su cita y tenga en cuenta de que estará con nosotros de 1 a 2 horas.
2. Por favor asegúrese de que alguien esté *esperando* en el centro de cirugía para llevarlo/a a su casa. Usted **no podrá manejar** por sí solo/a y por resto del día de hoy.

Por favor traiga los siguientes artículos consigo a su cita:

- Complete los papeles adjuntos; por favor, lea, firme y ponga la fecha en ambos lados del papel.
- Una lista de sus medicamentos, incluso las dosis.
- Su(s) tarjeta(s) del Seguro de Salud y una tarjeta de identificación con foto.
- Los copagos se deben pagar en el momento de recibir el tratamiento. Por favor póngase en contacto con su compañía de seguros para verificar el importe del copago que Usted deberá pagar bajo sus Beneficios Quirúrgicos de Pacientes Externos (***Outpatient Surgical Benefits***) antes de recibir su tratamiento.

Nuestra institución abre las puertas a las 6:30am. Si su cita es temprano por la mañana, por favor lleve como corresponde.

Esperamos atentamente su presencia. Si tiene alguna pregunta, no deje de ponerse en contacto con nosotros.

Notificación y concientización acerca de la institución

Usted tiene una cita para un procedimiento quirúrgico en el Instituto de Gastroenterología de Tucson (Tucson Gastroenterology Institute - TGI). TGI, la institución donde se efectuará su procedimiento, tiene beneficios distintos a los de una visita a la oficina de su médico. Como una cortesía, le recomendamos que se ponga en contacto con su compañía de seguros antes de su procedimiento para estar bien informado acerca de sus beneficios quirúrgicos de paciente externo (***outpatient surgical benefits***). Nosotros enviaremos el recibo por sus servicios a la compañía de seguro médico y a la compañía de seguro médico secundaria si usted provee esta información. El departamento de reportes médicos mandará al seguro médico los cargos que reflejen los servicios prestados por nuestro proveedor y nuestra institución y incluirá diagnósticos médicos que hallan sido sometidos por usted en su forma historial médica, durante la consulta con el proveedor, o de los resultados de la cita del procedimiento, laboratorios, o radiología. Si la seguridad encuentra que usted es responsable financieramente por los copagos, deducibles, co-seguro, o servicios no cubiertos, nosotros estaremos obligados a colectar el pago. Tucson Gastroenterology Specialists y Tucson Gastroenterology Institute esta obligado por las directrices que son requeridas por la asociación médica americana y el contrato de obligación con su plan de seguro médico. En el evento que su compañía de seguro no cubra los servicios prestados por su proveedor o nuestra institución de cirugía dado a las guías de beneficios con su plan de seguro individual nosotros no podremos poner o quitar diagnósticos médicos para facilitar pagos por el seguro médico de servicios de su proveedor. Nuestros doctores no pueden cumplir con propuestas inapropiadas para alterar los records médicos para el propósito de obtener pago.

Por cortesía y servicios a nuestros pacientes la oficina de cobros puede asistir a usted con su presupuesto de su responsabilidad financiera antes de la procedimiento de endoscopia una vez que halla contactado a su seguro médico para revisar sus beneficios. Favor de llamar 520-382-1145 para hablar con un miembro de la oficina de cobros. Presupuestos proveídos por el departamento de cobros no son garantizados. Cualquier responsabilidad del paciente que se venza después de que el seguro médico halla procesado el reclamo(s), nosotros mandaremos el cobro por estado de cuenta. Nuestro departamento de cobro se dedica para asegurarse que su preocupaciones financieras y preguntas sean contestadas antes de su procedimiento. Esperamos poder servirle.

Declaración de los derechos del paciente

Se reconoce que una relación personal entre el médico y su paciente es esencial para poder ofrecer un cuidado adecuado. Las relaciones tradicionales entre médico y paciente adquieren una nueva dimensión cuando se efectúan dentro de la estructura de una organización. Los precedentes legales han establecido que la institución misma tiene una responsabilidad hacia el paciente. Estos derechos se afirman habiendo reconocido estos factores.

1. **El paciente** tiene el derecho de recibir un cuidado amable y respetuoso. Nuestros pacientes no serán discriminados en base a raza, nacionalidad, origen, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidades, estado civil, diagnósticos y de donde proviene su pago.
2. **El paciente** tiene el derecho de obtener de parte de su médico, datos completos y actualizados acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos, palabras y modo que el paciente pueda razonablemente apreciar y entender. Cuando, hablando desde el punto de vista médico, no es aconsejable darle tales datos al paciente, éstos se deberán dar a una persona apropiada en su nombre. El paciente tiene el derecho de saber el nombre del médico responsable de coordinar su cuidado.
3. **El paciente** tiene el derecho de participar en las decisiones involucradas en su cuidado y de recibir de parte de su médico los datos necesarios para poder dar su consentimiento a sabiendas antes de comenzar cualquier procedimiento y/o tratamiento, incluyendo todo riesgo médico significativo involucrado, y la probable duración de cualquier incapacidad. Cuando existen alternativas medicamente significativas para su cuidado o tratamiento o cuando el paciente solicita información acerca de las alternativas médicas, el paciente tiene el derecho de saber el nombre de la persona responsable de los procedimientos y/o del tratamiento. El paciente recibirá tratamiento que apoye y respete sus decisiones individuales, fuerzas y habilidades.
4. **El paciente** tiene el derecho de rechazar el tratamiento dentro de lo permitido por la ley, y de ser informado de las consecuencias médicas de su decisión. El paciente tiene el derecho a retirar su consentimiento de tratamiento antes de que el tratamiento inicial sea empezado.
5. **El paciente** tiene el derecho de recibir toda la posible consideración acerca de la privacidad del plan de su cuidado médico. Discusión de su caso, consulta, examen y tratamiento, y atención a las necesidades personales son actividades confidenciales que deben ser efectuadas con discreción. Los que no están directamente involucrados en su cuidado deben obtener el permiso del paciente para estar presentes.
6. **El paciente** tiene el derecho de esperar que todas las comunicaciones y registros que pertenecen a su cuidado, incluso los registros financieros sean tratados confidencialmente y no divulgados a ninguno sin la autorización por escrito del paciente. El paciente tiene el derecho a revisar su record medico con una petición por escrito.
7. **El paciente** tiene el derecho de esperar que dentro de lo posible, esta institución quirúrgica y ambulatoria deberá proporcionar una evaluación y/o un referido según lo indica la urgencia del caso. Cuando sea médicamente permisible, el paciente puede ser transferido a otra institución pero solo cuando el paciente haya recibido una información y explicación completa acerca de las alternativas y de la necesidad de tal transferencia. La institución a la cual el paciente ha de ser transferido debe de haber aceptado la transferencia de tal paciente de antemano.
8. **El paciente** tiene el derecho de ser informado de las pólizas de la facilidad en los directivos de salud.
9. **El paciente** tiene el derecho de obtener datos acerca de cualquier relación que esta institución tenga con otras instituciones educacionales o dedicadas a la salud, cuando tenga que ver con su cuidado. El paciente tiene el derecho de obtener datos acerca de la existencia de cualquier relación profesional que exista entre las personas que le están dando tratamiento, pudiendo obtener aún los nombres de tales personas. El paciente tiene el derecho de obtener información a la existencia de las relaciones profesionales entre los individuos que por nombre están dando tratamiento a el/ella.
10. **El paciente** tiene el derecho de recibir una advertencia si esta institución quirúrgica ambulatoria se propone efectuar un experimento humano que afecta su cuidado o tratamiento. El paciente tiene el derecho de negarse a participar en tales proyectos de investigación. El paciente tiene el derecho a reusar a participar en proyectos de investigación.
11. **El paciente** tiene que tener un consentimiento antes de ser fotografiado.
12. **El paciente** tiene el derecho de esperar que su cuidado sea razonablemente continuo. El paciente tiene el derecho de esperar que esta institución le proporcionará un mecanismo mediante el cual él o ella podrá recibir de parte de su médico un informe acerca de cómo continuar cuidando de su salud después de haber sido dado de alta.
13. **El paciente** tiene el derecho de examinar y recibir una explicación acerca de su factura, sin importar de dónde proviene el pago y de recibir información acerca de los honorarios de los procedimientos efectuados en el Centro de Cirugía. El paciente tiene el derecho de recibir información acerca de las cubiertas de terceros, incluso, de Medicare y del Sistema del Containment de Costos de la Salud de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System – AHCCS).
14. **El paciente** tiene el derecho de saber cuáles son las reglas y los reglamentos del instituto de aplicación a su conducta como paciente.
15. **El paciente** tiene el derecho de solicitar datos acerca de cómo funciona el proceso de quejas del Centro de Cirugía. Si un paciente tiene una queja hacia el Centro de Cirugía, él o ella tiene el derecho de hablar inmediatamente con la Directora de Enfermería o persona sustituta nombrada para responder a las quejas. Es posible presentar una queja oficial por escrito para lograr un examen subsiguiente de la misma.
16. **El paciente** tiene el derecho de no sufrir abuso o negligencia sean éstos de carácter químico, físico o psicológico. Esta institución debe de asegurar que el paciente no esta sujeto a dolor física, mental o emocional que esta infligida intencionalmente o que sea relacionado con condiciones al paciente. Esta institución debe también asegurar que el paciente no sea sujeto a ninguna explotación, coacción, manipulación, abuso sexual, retaliación por la sumisión de cualquier queja comportamiento de personas des apropiado de propiedad personal o privada del personal medico, miembro, empleados, voluntarios o estudiantes de esta institución.
17. **El paciente** tiene derecho a que su dolor sea manejado de forma apropiada y oportuna.
18. **El paciente** tiene el derecho a recibir asistencia de miembros de su familia, representantes o otros individuos para proteger o ejercer sus derechos.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Imprima por favor

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Responsabilidades del paciente

Es responsabilidad del paciente:

1. Participar por completo en las decisiones involucradas en el cuidado de su salud y aceptar las consecuencias de estas decisiones si ocurren complicaciones.
2. Proveer información completamente y precisa de acuerdo al la habilidad de el/ella de salud, cualquier medicamento incluyendo medicamentos sin receta y productos dietéticos y alergias y sensibilidades.
3. Proveer adulto responsable de transportar a el/ella a casa de esta institución.
4. Informar al proveedor acerca de algún testamento en vida, poder legal medico y otro directivo que pueda afectar el cuidado de el/ella.
5. Aceptar la responsabilidad financiera personal de los cargos que no sean cubiertos por la seguridad de el/ella.
6. Ser respetuoso con todos los proveedores de departamento medico, empleados y otros pacientes.
7. Seguir las instrucciones de su médico, tomar los medicamentos según sus recetas y hacer las preguntas acerca de su propia salud que él o ella considere necesarias.

En el caso de los beneficiarios de Medicare, las quejas pueden ser notificadas a la Oficina del Ombudsman de Medicare (Office of Medicare Ombudsman) al:

<http://www.cms.hhs.gov/ombudsman/resources.asp>.

Toda otra queja se puede dirigir al:

Department of Health Services, Assistant Director, Division of Licensing Services at 150 N. 18th Avenue, 4th Floor Phoenix, AZ 85007, 602-364-2536

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Imprima por favor

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Explicación del régimen de quejas

Todos los pacientes o representantes de los pacientes, tienen el derecho de llenar una forma de queja para resolver cualquier tipo de queja acerca del cuidado de un paciente o otras problemas relacionado al abuso, negligencia o cumplimiento del centro de cirugía ambulatorio. Todas las quejas serán investigadas completamente y documentadas por escrito por el Comité de Aseguranza de la Calidad. Este comité a continuación aconsejará a la Junta de Directores, proporcionándoles los resultados de su investigación y sus recomendaciones. La Junta de Directores tendrá la autoridad y responsabilidad final para la resolución de todas las quejas. Los pacientes serán informados, por escrito, acerca de la resolución final dentro de 10 días de haberse recibido la queja. La decisión llevará el nombre de la persona a contactar, las medidas tomadas para investigar la queja, los resultados del proceso de queja y la fecha en que el proceso fue terminado. Los pacientes o los representantes del paciente no deberán temer ninguna acción punitiva o discriminatoria a causa de haber ejercido éste o cualquier otro derecho del paciente.

Cómo presentar una queja

Pide una forma de queja.

Llene el formulario lo más completamente posible.

Devuelve la forma a la recepción o envíelo por correo al Tucson Gastroenterology Institute.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Imprima por favor

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Explicación de su Cobro

El costo total para tratamientos médicos en el centro de endoscopia consisten de estos tres honorarios:

- El honorario del Centro Endoscópico, el honorario del médico, y el honorario del patólogo. Cada honorario es enviado por separado por el proveedor del servicio.
- ❖ El honorario del Instituto de Gastroenterología de Tucson, Centro Endoscópico, abarca el costo de proporcionar los técnicos, enfermeras, equipos y suministros usados durante la ejecución de su tratamiento.
- ❖ El honorario profesional del médico abarca el procedimiento endoscópico, supervisión, interpretación y consultación con el enfermo y el médico que lo refirió. Su médico le enviará una factura separada para sus propios servicios profesionales.
- ❖ Si se deben hacer biopsias durante su procedimiento, Usted recibirá la factura del patólogo que revisó los tejidos. Si Usted tiene alguna pregunta acerca de la factura enviada por el patólogo, rogamos que se ponga en contacto con él o ella directamente.
- El doctor, John J. McNerney, MD es el dueño de Tucson Gastroenterology Institute.

Régimen de instrucciones previas

Los reglamentos del Estado de Arizona requieren que su expediente médico tenga la siguiente información. Se le preguntará si Usted tiene un testamento vital, si le ha dado a alguien un poder legal acerca de las decisiones sobre su salud, o si ha delegado tales decisiones a una otra persona, “un sustituto”, quien actuará en su nombre.

Por favor complete estos datos y indique con su firma más abajo que confirma su respuesta.

_____ Sí, tengo un testamento vital

_____ Indique dónde se encuentra si es posible

_____ Sí, tengo un poder legal para cuestiones médicas

_____ ¿A nombre de quién? ¿está disponible?

_____ Sí, he nombrado un sustituto

_____ Nombre del sustituto

_____ No he hecho nada de lo anterior y no deseo completar el formulario por ahora.

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Imprima por favor

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Tomen nota por favor: Si Usted como paciente del Instituto de Gastroenterología, Centro Endoscópico (Tucson Gastroenterology Institute, Endoscopy Center) tuviese una emergencia que amenazara su vida, nuestro régimen es de resucitar y mantener su vida hasta que se pueda transferirlo/a de un modo apropiado y oportuno al hospital más cercano. Este régimen será seguido no importa cuáles sean las instrucciones indicadas más arriba.