

CONDICIÓN DE ADMISIÓN

Entiendo que tengo programado ir a casa después de mi procedimiento, y debo tener un adulto responsable que me lleve a casa y stay with me as advised.

- Entiendo que la ley estatal permite que, en caso de que un trabajador de salud esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales durante mi admisión, mi sangre será analizada sin costo para mí, utilizando un sistema de codificación especial para garantizar la confidencialidad, para detectar anticuerpos del VIH y otras enfermedades transmisibles. Si tal exposición ocurre, recibiré información adicional sobre dichas pruebas. Entiendo que los resultados de dichas pruebas no forman parte de mi expediente médico.
- Entiendo y acepto que el centro no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal, incluyendo pero no limitado a dinero, joyas, lentes, dentaduras postizas o audífonos. Se me ha aconsejado no traer objetos de valor ni artículos innecesarios.
- Autorizo la toma de fotografías fijas bajo fluoroscopia o películas o video o televisión de circuito cerrado durante el procedimiento. Estas fotos solo se utilizarán para tratamiento a menos que sean (1) desidentificadas, o (2) se firme una autorización compatible con HIPAA.
- Apruebo la eliminación de cualquier tejido o partes que puedan ser removidas de acuerdo con la práctica habitual.
- Autorizo la presencia de un observador durante mi procedimiento cuando el proveedor de atención médica de PSA Surgery Center of Killeen determine que es necesario para brindar asistencia técnica de asesoramiento al proveedor de atención médica, con fines educativos o para apoyar al paciente.
- Entiendo que se espera que revele cualquier indicación de haber estado expuesto al COVID-19, o si he experimentado algún signo o síntoma asociado o diagnosticado con el virus COVID-19. Entiendo y acepto el riesgo adicional de contraer Covid-19 por contacto en esta oficina. Reconozco que podría contraer el virus COVID-19 fuera de esta oficina en circunstancias no relacionadas con mi visita aquí.

NOTIFICACIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

En el Estado de Texas, todos los pacientes tienen el derecho de participar en sus propias decisiones de atención médica y de hacer Directivas Anticipadas o ejecutar Poderes Notariales que autoricen a otros a tomar decisiones en su nombre basándose en los deseos expresados del paciente cuando el paciente no puede tomar decisiones o comunicar sus decisiones. PSA Surgery Center of Killeen respeta y defiende esos derechos. Sin embargo, a diferencia de un entorno hospitalario de cuidados agudos, PSA Surgery Center of Killeen no realiza rutinariamente procedimientos de "alto riesgo". Si bien ninguna cirugía está exenta de riesgo, la mayoría de los procedimientos realizados en esta instalación son de riesgo mínimo. Usted discutirá los detalles de su procedimiento con su proveedor de atención médica, quien podrá responder sus preguntas sobre los riesgos, su recuperación esperada y el cuidado después de su cirugía. Por lo tanto, es nuestra política, independientemente del contenido de cualquier Directiva Anticipada o instrucciones de un representante de atención médica o apoderado, que si ocurre un evento adverso durante su tratamiento en esta instalación, iniciaremos medidas de resucitación u otras medidas estabilizadoras y lo transferiremos a un hospital de cuidados agudos para una evaluación adicional. En el hospital de cuidados agudos, los tratamientos adicionales o la retirada de las medidas de tratamiento ya iniciadas se ordenarán de acuerdo con sus deseos, Directiva Anticipada o Poder Notarial de atención médica. Su acuerdo con la política de esta instalación no revocará ni invalidará ninguna directiva de atención médica vigente o Poder Notarial de atención médica. Si desea completar una Directiva Anticipada, hay copias de los formularios oficiales del Estado disponibles en nuestra instalación. Si no está de acuerdo con la política de esta instalación, estaremos encantados de ayudarle a reprogramar su procedimiento o transferir su procedimiento a otra instalación.

El paciente tiene derecho a tener una Directiva Anticipada, como un testamento vital o un representante de atención médica. Estos documentos expresan las elecciones del paciente sobre la atención futura o nombran a alguien para decidir si el paciente no puede hablar por sí mismo. El paciente que tiene una Directiva Anticipada debe proporcionar una copia a la instalación y a su proveedor de atención médica para que sus deseos sean conocidos y respetados.

¿Tiene usted una directiva anticipada? _____

POLÍTICA DE OFICINA Y FINANCIERA

Gracias por elegir PSA Surgery Center of Killeen. Para informarle sobre nuestra Política de Oficina y Financiera actual, por favor lea el documento a continuación y firme el Acuerdo Financiero. Nuestros proveedores, personal clínico y de oficina están aquí para ayudarle de cualquier manera posible y se esfuerzan por hacer que su experiencia con nosotros sea agradable y reconfortante. Guarde una copia de este documento para sus registros y si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar a uno de nuestros asociados.

Por favor manténganos informados de cualquier cambio de dirección, número de teléfono o nombre. Si no podemos comunicarnos con usted respecto a su factura, referiremos el saldo a nuestra agencia de cobro externa. Por favor notifique a nuestra oficina dentro de las 24 horas para reprogramar o cancelar una cita. Esto permitirá a nuestro personal ofrecer este horario a otro paciente que necesite una cita.

Aceptamos las siguientes formas de pago: tarjeta de débito, tarjetas de crédito, cheques de caja, giros postales y cheques personales.

Cheques Devueltos:

- Los cheques devueltos acumularán un cargo de \$50.00, así como cualquier cargo bancario aplicable a su cuenta.

Seguro

- Es su responsabilidad conocer su nivel de beneficios para los servicios proporcionados. Dado que nuestros proveedores son especialistas, muchos servicios requieren autorizaciones previas por parte de la compañía de seguros y/o el Proveedor de Atención Primaria. Por favor contacte a su compañía de seguros antes de su cita para asegurar la autorización adecuada y un estimado del pago debido, ya que no estamos seguros de cuál será el saldo del paciente hasta que la compañía de seguros procese su reclamación.
- El pago de tarifas, copagos, coseguros y deducibles se debe al momento del servicio.
- Los copagos son un requisito impuesto por su compañía de seguros y, por lo tanto, no pueden ser eliminados o reducidos. Si olvida o no puede proporcionar su copago al momento de la visita, se le pedirá que re programe su cita.
- Usted es el único responsable de su saldo en forma de coseguro, deducible o servicios no cubiertos según lo requerido por su compañía de seguros.
- Se le contactará antes de su cita y se le notificará de cualquier saldo pendiente en su cuenta y se esperará que traiga el pago a su cita. Se le requerirá hacer arreglos con el consejero financiero si no puede pagar el saldo en su totalidad.
- Si algún saldo permanece sin pagar más de 90 días después de la fecha de procesamiento con la compañía de seguros, se enviará un estado de cuenta al garante de la cuenta y el pago se deberá al recibir el estado de cuenta.
- **Compensación Laboral**
- Por favor manténgase en contacto con su ajustador antes y después de su cita para recibir cualquier información pertinente sobre su reclamación y lesión.
- Las autorizaciones pueden ser requeridas para ciertos procedimientos y podrían tomar hasta 1 semana para obtener.
- Si su caso se cierra, se somete a revisión por pares, o se determina que se ha alcanzado la Mejoría Médica Máxima, debe contactar a su proveedor de referencia y ajustador para obtener aprobación escrita antes de programar cualquier cita o servicio.

ACUERDO FINANCIERO

He leído y entiendo la política financiera y acepto sus términos. Entiendo que la facturación del seguro es una cortesía proporcionada por PSA Surgery Center of Killeen y asumo total responsabilidad financiera del saldo que incurra. Entiendo que los copagos, coseguros y deducibles se deben al momento de mi visita, así como cualquier saldo anterior que pueda deber.

Asigno los beneficios para que sean pagados por mi compañía de seguros directamente al proveedor de servicios prestados a mí. Además, si la compañía de seguros emite un cheque a mi nombre, notificaré a PSA Surgery Center of Killeen inmediatamente y haré arreglos para el pago de mi saldo. Si cobro cualquier cheque emitido por la compañía de seguros destinado al reembolso de servicios prestados a mí, asumiré total responsabilidad del saldo y pagaré el saldo dentro de 30 días.

Entiendo que mi saldo será referido automáticamente a una agencia de cobro externa si mi cuenta supera los 90 días sin actividad de pago. Acepto pagar todos los honorarios razonables de abogados, cobro o cheques devueltos en caso de incumplimiento de pago de mis cargos o arreglos de saldo.

Entiendo que las tarifas que se me cotizan para mi procedimiento y cualquier pago realizado el día de mi procedimiento son solo para el centro quirúrgico. Un estado de cuenta y factura por los honorarios profesionales se enviarán por separado.

Entiendo que si opto por servicios de anestesia proporcionados por MedStar Anesthesia para mi procedimiento, seré responsable de todos los copagos, coseguros y deducibles. Se me ha informado que este servicio se factura como fuera de red con mi compañía de seguros.

Aviso de Propiedad Médica. Entiendo que los Drs. Mehta y Fronk tienen un interés financiero en PSA Surgery Center of Killeen. No estoy obligado a usar PSA Surgery Center of Killeen y tengo el derecho de elegir otra instalación de mi elección. No será tratado de manera diferente por mi médico si elijo usar otra instalación. Reconozco que entiendo este aviso de propiedad médica, lo recibí antes del inicio de mi procedimiento y elegí realizar mi procedimiento en PSA Surgery Center of Killeen.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

La información sobre usted y su salud es personal, y estamos comprometidos a proteger su privacidad. Este aviso le informa sobre nuestras prácticas de privacidad, las formas en que podemos usar y compartir su información de salud, y cómo puede obtener acceso a su información de salud. Este aviso también describe sus derechos y nuestras responsabilidades con respecto al uso y divulgación de información de salud.

Nuestros Usos y Divulgaciones

Típicamente usamos y compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Tratarle: Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. Ejemplos: compartiremos información de salud sobre usted con un centro quirúrgico ambulatorio donde tiene programado un procedimiento; compartiremos su información de salud con un proveedor de atención médica al que ha sido referido para tratamiento adicional.

Facturar por nuestros servicios: Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud y otras entidades. Ejemplo: compartiremos su información de salud con su plan de seguro médico para que pague los servicios que le proporcionamos.

Administrar nuestra organización: Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestras operaciones, capacitar estudiantes de medicina, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. Ejemplos: podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo; podemos usar su información de salud en nuestras revisiones de mejora de calidad.

También podemos desidentificar su información de salud y usar y divulgar dicha información desidentificada para cualquier propósito.

Comunicar sobre alternativas de tratamiento o recordatorios de citas: Podemos contactarlo para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Estamos autorizados o requeridos a compartir su información de salud de otras maneras – generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

Ayudar con problemas de salud pública y seguridad: Podemos compartir información sobre usted en ciertas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
 - Ayudar con retiros de productos
 - Reportar reacciones adversas a medicamentos
 - Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona
- Realizar investigaciones: Podemos usar o compartir su información para investigación en salud.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podemos compartir información de salud con la FDA en relación con eventos adversos con respecto a alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir retiros, reparaciones o reemplazo de productos.

Cumplir con la ley: Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos: Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria: Podemos compartir información de salud con un forense, médico examinador o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales: Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales: Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o

administrativa, o en respuesta a una citación.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Para asegurar que los pacientes de PSA ASC Killeen conozcan sus derechos y responsabilidades, los derechos y responsabilidades se publican en un lugar visible y/o se proporcionan en forma de folleto para revisión del paciente.

DERECHOS DEL PACIENTE

- I. Cada paciente tratado en PSA ASC Killeen tiene el derecho a:
 - A. Ser tratado con respeto, consideración y dignidad.
 - B. Atención respetuosa brindada por personal competente con consideración de su privacidad respecto a su atención médica.
 - C. Recibir atención en un entorno seguro y libre de todas las formas de abuso o acoso.
 - D. Recibir el nombre de su médico tratante, los nombres de todos los demás proveedores de atención médica que asisten directamente en su atención, y los nombres y funciones de otras personas de atención médica que tienen contacto directo con el paciente.
 - E. Tener la oportunidad de participar en decisiones relacionadas con su atención médica, excepto cuando dicha participación esté contraindicada por razones médicas.
 - F. Que los registros relacionados con su atención médica sean tratados como confidenciales y, excepto donde lo autorice la ley, el paciente tendrá la oportunidad de aprobar o rechazar su divulgación.
 - G. Conocer qué reglas y regulaciones del ASC se aplican a su conducta como paciente.
 - H. Esperar que los procedimientos de emergencia se implementen sin demora innecesaria.
 - I. Ser informado de la Política del ASC sobre Directivas Anticipadas.
 - J. Ausencia de procedimientos diagnósticos o terapéuticos clínicamente innecesarios.
 - K. Transferencia expedita y profesional a otra instalación cuando sea médicamente necesario y que la persona responsable y la instalación a la que se transfiere al paciente sean notificadas antes de la transferencia.
 - L. Tratamiento que sea consistente con la impresión clínica o diagnóstico de trabajo.
 - M. Atención de buena calidad y altos estándares profesionales que se mantienen y revisan continuamente. Una mayor probabilidad de resultados de salud deseados.
 - N. Información completa en lenguaje no técnico sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico y medidas preventivas apropiados y oportunos; si no es médicamente aconsejable proporcionar esta información al paciente, la información debe darse a la persona responsable en su nombre.
 - O. Recibir una segunda opinión sobre el procedimiento quirúrgico propuesto, si se solicita.
 - P. Servicios de salud accesibles y disponibles; información sobre atención fuera de horario y de emergencia.
 - Q. Dar un consentimiento informado al médico antes del inicio de un procedimiento.
 - R. Ser informado de la participación en un programa de investigación de atención médica o programa de donantes; el paciente debe dar su consentimiento antes de participar en dicho programa; un paciente también puede negarse a continuar en un programa en el que previamente ha dado consentimiento informado para participar.
 - S. Recibir información de seguimiento apropiada y oportuna sobre hallazgos y pruebas anormales.
 - T. Recibir referencias y consultas apropiadas y oportunas.
 - U. Recibir información sobre "continuidad de atención".
 - V. Rechazar medicamentos o procedimientos y que un médico explique las consecuencias médicas de los medicamentos o procedimientos.
 - W. Servicios de consulta especializada apropiados disponibles mediante acuerdo previo.
 - X. Servicios médicos y de enfermería sin discriminación basada en edad, raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad o fuente de pago.
 - Y. Tener acceso a un intérprete siempre que sea posible.
 - Z. Recibir, previa solicitud por escrito, acceso a toda la información contenida en su expediente médico.
 - AA. Información precisa sobre la competencia y capacidades de la organización.
 - BB. Recibir información sobre los métodos para expresar sugerencias o quejas a la organización.
 - CC. Información apropiada sobre la ausencia de cobertura de seguro por negligencia médica.
 - DD. Cambiar de médico primario o especialista si hay otros médicos calificados disponibles.
 - EE. Los servicios de salud proporcionados son consistentes con el conocimiento profesional actual.
- II. Información sobre tarifas de servicios y políticas de pago.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- I. Cada paciente tratado en el ASC tiene la responsabilidad de:
 - A. Brindar cooperación total con respecto a las instrucciones dadas por su cirujano, anestesiólogo y atención operativa (pre y post). Comportarse respetuosamente hacia los profesionales de salud, personal, pacientes y familiares/amigos.
 - B. Proporcionar información completa y precisa según su mejor conocimiento sobre salud, medicamentos, alergias, etc.



PSA Surgery Center of Killeen

A Pain Specialists of America Affiliate

- C. Proporcionar al personal del ASC toda la información médica que pueda tener un efecto directo en el proveedor del ASC.
- D. Proporcionar al ASC toda la información sobre la cobertura de seguro de terceros.
- E. Cumplir con la responsabilidad financiera, por todos los servicios recibidos, según lo determinado por la aseguradora del paciente.
- F. Seguir el plan de tratamiento dado por su proveedor.
- G. Proporcionar un adulto responsable para transportarlo a casa desde la instalación y permanecer con él/ella durante 24 horas, si es requerido.

Puede contactar a las siguientes entidades para expresar cualquier inquietud, queja o agravio que pueda tener:

ASC: Alicia Gipson, MSN, RN, ASC Administrator Tel: (254) 415- 7673 ext. 2441 Email: agipson@psadocs.com	STATE: Texas Department of State Health Services P.O. Box 149347, Austin, TX 78714-9347 Compliance Hotline: 888-973-0022
PARA PACIENTES DE MEDICARE: Defensor de Medicare: (800) MEDICARE Email: http://www.cms.hhs.gov/ombudsman/resources.asp	AAAHC: AAAHC Institute for Quality Improvement 5250 Old Orchard Road, Suite 250 Skokie, IL 60077 847-853-6060

El papel del Defensor de Medicare es ayudarlo a recibir información y entender sus Opciones de Medicare y aplicar sus Derechos de Medicare para su protección.

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO Y/O LEÍDO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:



Los pacientes tienen el derecho de solicitar una copia en papel de los formularios mencionados a continuación.

- **Condición de Admisión**
- **Notificación de Directivas Anticipadas**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA**
- **Política de Oficina y Financiera**
- **Acuerdo Financiero**
- **Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente**



PACIENTE/OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (se requiere firma)

Firma: _____ Fecha y Hora: _____

Si es Representante Legalmente Autorizado, indique la relación con el Paciente:

Witness Firma: _____ Fecha y Hora: _____