Sello del paciente

vista
ophthalmic ambulatory center
At City View

Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento

La ley federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su autorización (consentimiento de acuerdo a HIPAA) para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra organización.

Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el "Aviso Sobre Prácticas de Privacidad" y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso y su autorización para usar y divulgar su información de salud para efectos de tratamiento, pago y otras operaciones de salud. También autoriza a que la organización, su fuerza trabajadora (que incluye a los empleados, personal voluntario, etc.) y sus asociados de negocio, utilicen y divulguen su información de salud protegida para tratamiento, pago, transacciones y operaciones de salud.

Al firmarlo usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras Prácticas de Privacidad y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en el Aviso. Reviselo detenidamente, fírmelo y anote la fecha donde se indica.
Por último, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso en cualquier momento. De usted interesar la última versión del Aviso, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a los teléfonos que aparecen en esta forma.

Yo _____, certifico que he leído las disposiciones del "Aviso Sobre Prácticas de Privacidad", lo entiendo, y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo y además consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago y otras transacciones y operaciones para el cuidado de mi salud según definidos en ley.

Nombre del Paciente (en letra de molde)	Número de Récord
Firma o Marca del Paciente	Fecha
Nombre del Representante Autorizado (si aplica)	Firma del Representante (si aplica)
Relación con el Paciente	Fecha

Para Uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Practicas de Privacidad y Consentimiento, no fue posible debido a:

- *Paciente se negó a firmar el Acuse*
- *Barrera de comunicación*
- *Otro (especifique)*

Nombre del Empleado (en letra de molde)	Firma del Empleado	Fecha

vista
ophthalmic ambulatory center
At City View

Sello del paciente

Certificación de Planes Médicos

Por la presente certifico que yo, _____

1. Solamente poseo el (los) plane(s) médico(s) cuya copia de las tarjetas aparece en la cara posterior a este documento.

2. En caso de omitir o dar información incorrecta que obligue a su plan médico a rechazar el pago de los servicios prestados, autorizo a que estos me sean facturados.

3. En el caso de que el cirujano me practique otro procedimiento diferente no autorizado por el plan médico, también me hago responsable de pagar estos.

4. En el caso de que el cirujano no cumpla con los requisitos exigidos por el programa de Medicare y usted desea que su cirujano proceda con la operación programada usted se compromete a pagar los servicios como paciente privado y sin derecho a reembolso.

Si existiera cualquier otra razón por la cual el (los) plan(es) médico(s) deniegue(n) el pago, me hago responsable de la deuda en su totalidad. Me comprometo a pagar a la mayor brevedad cualquier balance pendiente. Una fotocopia de este documento será considerado válido como el original.

_____
Firma del Paciente

_____
Firma Oficial Admisión

_____
Fecha / Hora

vista
ophthalmic ambulatory center
At City View

Sello del paciente

Formulario para la divulgación del expediente médico

Yo, _____ autorizo la divulgación de mi expediente médico a _____.

Este relevo permite a _____ recibir una copia, examinar y fotocopiar, y de cualquier otra manera reproducir el expediente # _____.

Los registros que usted está autorizado a divulgar incluyen los siguientes marcados a continuación:

- ☐ Registros de reclamaciones del seguro de salud o de cobertura de salud
- ☐ Formularios y resúmenes de reclamación
- ☐ Explicación de beneficios
- ☐ Cobertura o cartas de denegación
- ☐ Todas las partes del expediente médico, incluyendo los registros de hospitalización y de la oficina del médico

Además, autorizo y solicito que usted acepte una copia de esta autorización en sustitución de la original.

_____
Firma del paciente

_____
Fecha / Hora

Notificación y Aceptación del Paciente

Aviso de Prácticas de Privacidad

Vista Ophthalmic Ambulatory Center (VOAC) ha provisto notificación escrita, de manera legible y en el idioma requerido, asegurando la comprensión de la política de práctica de privacidad al paciente y a su acompañante.

Aviso de los Derechos del Paciente

Vista Ophthalmic Ambulatory Center ha establecido una Carta de Derechos del Paciente, se le ha explicado verbalmente y se le ha provisto de manera escrita, legible y en el idioma requerido, asegurando su comprensión por el paciente o su acompañante previo a la fecha de su procedimiento. **VOAC** espera que el respeto de estos derechos contribuya a un cuidado más efectivo del paciente y a una mayor satisfacción por parte del paciente, médicos y la facilidad.

Certificación Financiera

VOAC es una corporación privada y registrada en el Departamento del Estado del estado Libre Asociado de Puerto Rico, para proveer servicios de cirugía ambulatoria Oftalmicos. **VOAC** le ha informado al paciente previo a su fecha de procedimiento que sus médicos podrían tener interés propietario en esta facilidad. Usted como paciente, tiene el derecho de escoger la facilidad de su preferencia para la realización de su procedimiento.

Directrices Anticipadas de Pacientes

Es la política de **VOAC** respectivamente de cualquier directriz anticipada o instrucción recibida sobre cualquier autoridad de cuidado de salud delegada o poder legal otorgado y suscrito legalmente por un abogado, que de ocurrir cualquier emergencia médica inesperada en esta facilidad durante el tratamiento, la misma, será manejada con las medidas de resucitación y estabilizadoras agresivas que sean necesarias para la transferencia del paciente a la sala de emergencia del Hospital más cercano. La Institución Médico Hospitalaria que reciba el paciente, procederá con el tratamiento adicional que requiera el paciente o suspenderá el tratamiento o las medidas ya comenzadas de acuerdo al deseo y directrices anticipadas del paciente o de su representante legal autorizado. La aceptación de esta política no revoca ni invalida cualquier directriz vigente anticipada del paciente o poder legal otorgado ni suscrito legalmente por un abogado para el tratamiento y cuidado de salud del paciente.

Favor de marcar el cuadro apropiado: Ha usted ejecutado directrices anticipadas en relación al cuidado y tratamiento médico para su salud, un testamento en vida o un poder legal que autorice a otra persona a tomar decisiones por usted sobre su salud?

☐ **Sí,** tengo directrices anticipadas, testamento en vida y/u otorgación de poder a tercera persona, mediante documento legal por abogado en lo referente a mi cuidado y tratamiento para decisiones relacionadas a mi salud.

☐ **No,** tengo directrices anticipadas, testamento en vida, ni otorgación de poder a tercera persona, mediante documento legal por abogado en lo referente a mi cuidado y tratamiento para decisiones relacionadas a mi salud.

Quisiera información adicional sobre directrices anticipadas en el cuidado de salud.

Me fue entregado también el **Cuestionario de Satisfacción de Paciente** y **Material sobre Manejo del Dolor.**

Al firmar este documento, certifico que toda la información antes descrita me fue brindada previo a la fecha de mi procedimiento y por lo tanto hago constar que he leído y entiendo la información relacionada a las prácticas de privacidad, derechos del paciente, certificación financiera y directrices anticipadas. Por este medio acepto las políticas de **VOAC**. También certifico que si solicite más información, la misma me fue brindada.

_____ _____

Firma del Paciente o Representante *Fecha y Hora*

_____ _____

Firma del Testigo *Fecha y Hora*

Servicios de Anestesia

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS E INSTRUCCIÓN PARA PAGO DIRECTO
a anestesiólogos privados, grupos y companías de seguro.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguro a pagar mediante cheque dirigido a:

RCP Anesthesia, PSC
PO Box 366257
San Juan, Puerto Rico 00936-6257

Los servicios profesionales y costos médicos cubiertos bajo mi póliza de seguro deberán seran pagados directamente al proveedor del servicio. De otra manera, me comprometo a pagar a la mayor brevedad cualquier balance pendiente o denegado por plan médico por los servicios profesionales recibidos por este servidor.

Una fotocopia de esta asignación será considerada efectiva y válida como el original.

Autorizo el uso de cualquier información que sea necesaria y pertinente a los servicios prestados a cualquier compañía de seguro, agente de seguro o abogados relacionados en este caso.

_____
Nombre Asegurado Principal

_____ _____
Nombre Paciente (letra de molde) *Firma Paciente o Encargado*

_____ _____
Testigo *Fecha / Hora*

vista
ophthalmic ambulatory center
Ft City View

Sello del paciente

Consentimiento de Anestesia

ENTIENDO QUE:

Necesitaré los servicios de anestesia para la cirugía/ procedimiento(s) que se harán en _____(fecha) y la cantidad de anestesia que se utilizará dependerá del procedimiento(s) y de mi condición física.

La anestesia es un servicio médico especializado que induce al paciente a un estado de inconsciencia o con respuestas disminuidas para dolor y reflejos de estrés durante el curso de una cirugía/procedimiento.

Durante el curso del procedimiento, la condición puede requerir técnicas anestésicas adicionales o diversas, y estoy de acuerdo que el anestesiólogo proporciona cualquier otro servicio necesario para mi ventaja y bienestar.

Aunque pueden resultar el paciente con daños serios o la muerte como resultado de la anestesia estos son poco comunes. Estos puede que ocurra aun con la buena asistencia médica y son una parte de los riesgos que debo considerar en la decisión de someterme a un procedimiento.

Una explicación detallada de la anestesia y sus riesgos me ha sido dada, no para producir miedo o ansiedad, sino para que yo sea informado según dispone la ley en Puerto Rico.

No se ha dado ninguna garantía por cualquier persona relacionada a los servicios de la anestesia que estoy acordando tener.

Tipos de Anestesia y Definiciones

- ***Cuidado supervisado de la anestesia (MAC)***
  El anestesiólogo supervisa por lo menos la presión arterial, oxigenación, pulso y estado mental y suple sedación y analgesia según lo necesario, incluyendo anestesia general.
- ***Anestesia local***
  1. ***Anestesia local*** *- se inyectan agentes anestésicos o infiltrados directamente en una pequeña parte del cuerpo, por ejemplo, en sitio quirúrgico/procedimiento.*
  2. ***Anestesia tópica*** *- anestesia en la superficie es producida por aplicación directo de los agentes de anestesia en áreas de la piel o del músculo.*
  3. ***Anestesia general*** *- estado de inconciencia inducido por medicamentos donde el paciente está insensible al dolor. El anestesiólogo le asistirá en la respiración, función neuromuscular y cardiovascular, las cuales pueden encontrarse deprimidas por los medicamentos administrados.*

Los riesgos y las complicaciones de la anestesia pueden incluir pero no están limitados: reacción alérgica/adversa, aspiración, dolor de espalda, daño cerebral, coma, lesión dental, dolor de cabeza, inhabilidad de revertir los efectos de la anestesia, infección, edema localizada y/o área enrojecida, dolores del músculo, náusea, lesión oftálmica (del ojo), dolor, parálisis, pulmonía, lesión del nervio por posición quirúrgica, memoria del sonido/del ruido/del discurso por otros, mareos, garganta dolorida, sitio incorrecto para la inyección de la anestesia.

_____/_____ _____
Fecha Hora Firma del Paciente

_____/_____ _____
Fecha Hora Firma del Anestesiólogo

_____/_____ _____
Fecha Hora Firma del Testigo