Información del paciente



1000 East Paris Ave SE; Suite LL01
Grand Rapids, MI 49546

616-464-3430

http://eastparis-surgicalcenter.com

Nombre del paciente: _____

Fecha de la cirugía: _____

Le damos la Bienvenida

Nuestra misión es brindar a nuestros pacientes el más alto nivel de atención quirúrgica. Nuestros cirujanos se encuentran entre los más experimentados y mejor capacitados en sus respectivas áreas de especialización. Nuestro valor fundamental es poner al paciente por encima de cualquier otro interés.

Esperamos tener el gusto de atenderle y nos esforzaremos por hacer que su experiencia con nosotros sea agradable.

Gracias,
Personal de East Paris Surgical Center
616-464-3430

Verdier Eye Center Médicos:
616-949-2001

Karl J. Siebert, M.D.

Ann M. Renucci, M.D.

Kyle B. McKey, M.D.

Roman I. Krivochenitser, M.D.

Radwa Elsharawi, M.D.

<u>El personal encargado de programar sus cirugías:</u>

Coordinación de cirugías del Dr. Siebert: (616) 259-9988

Coordinación de cirugías del Dr. Renucci: (616) 259-9984

Coordinación de cirugías del Dr. McKey: (616) 469-3011

Coordinación de cirugías del Dr. Krivochenitser: (616) 259-9994

Coordinación de cirugías del Dr. Elsharawi: (616) 608-5639

Fechas de cirugía (el centro quirúrgico se comunicará con usted de 1 a 2 días antes para informarle la hora de llegada):

Ojo derecho: _____
Fecha

Ojo izquierdo: _____
Fecha

Visitas posoperatorias (por favor, traiga sus gotas para los ojos):

Visita posoperatoria 1: _____@ _____

Visita posoperatoria 2: _____@ _____

Visita posoperatoria 3: _____@_____

Visita posoperatoria 4: _____@_____

Visitas posoperatorias adicionales según sea necesario.

Lista de verificación para prepararse para la cirugía:

___ Evaluado(a) por su médico de atención primaria y autorizado(a) para someterse a la cirugía dentro de los 90 días previos a la fecha de su cirugía.

____ Análisis de laboratorio realizados dentro de los últimos 6 meses (por favor, consulte con su médico de atención primaria si esto es necesario).

____ Electrocardiograma (EKG) realizado dentro del último año (para pacientes mayores de 60 años o que tengan antecedentes de problemas cardíacos).

____ Recoja las gotas oftálmicas en la farmacia (si corresponde).

____ OSRX se comunicará con usted para solicitar el pago de las gotas oftálmicas antes de la cirugía

Entendemos que puede tener algunas preguntas sobre su cirugía; es completamente normal. La cirugía oftalmológica ambulatoria y los tratamientos con láser son nuestra especialidad en East Paris Surgical Center. Haremos todo lo posible para que se sienta tranquilo(a) y cómodo(a).

CITA PREOPERATORIA (PARA AUTORIZACIÓN MÉDICA ANTES DE LA CIRUGÍA)

Deberá acudir a una cita preoperatoria con su médico de atención primaria antes de la cirugía. Es posible que se requiera un electrocardiograma (EKG) y análisis de sangre para ciertos procedimientos. **Es importante que asista a esta cita; de lo contrario, el centro quirúrgico podría cancelar su cirugía.**

Se enviará por fax una carta a su médico en la que se detallarán los requisitos del centro quirúrgico para que usted pueda recibir anestesia, así como el lugar al que deberá enviar la información correspondiente. Por favor, NO FALTE a esta cita.

- La autorización médica preoperatoria tiene una vigencia de 90 días.

Debe programar una cita preoperatoria con:

Dr./Dra. _____

El coordinador de su cirugía ha solicitado que programe una cita preoperatoria con su médico de atención primaria (PCP). Si aún

no se ha comunicado con usted el consultorio de su médico, por favor, comuníquese directamente con su médico de atención primaria para programar la cita.

SALUD GENERAL

Si presenta un resfriado, dolor de garganta o cualquier otra enfermedad leve uno o dos días antes de su cirugía, por favor, comuníquese con su médico de atención primaria.

INSTRUCCIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS

Su cirujano puede indicarle que comience a usar las siguientes gotas oftálmicas MARCADAS CON UN CÍRCULO:

Polymyxin-Trimethoprim (Polytrim)	Moxifloxacin (Vigamox)
Pred- Brom (Prednisolone Acetate 1% / Bromfenac 0.075%)	Prednisolone Acetate 1%
Bromfenac (Bromsite)	Ketorolac (Acular)
Difluprednate (Durezol)	Other: _____

Comience a usar las gotas oftálmicas indicadas anteriormente:

Después de la cirugía. 2 días antes de la cirugía.

Si utiliza más de una gota oftálmica, espere al menos 3 minutos entre cada aplicación. Lávese las manos antes de aplicarse las gotas en los ojos.

Se le proporcionará un horario para la aplicación de las gotas oftálmicas durante su cita posoperatoria del día siguiente.

PRECAUCIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS

Si está tomando FLOMAX (un medicamento oral que generalmente se utiliza para tratar el agrandamiento de la próstata), por favor, consulte con su cirujano oftalmólogo.

Si necesita tomar un analgésico, puede tomar Tylenol. Si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos recetados, consulte con el médico que se los recetó.

Si utiliza un medicamento inyectable semanal para bajar de peso o tratar la diabetes, consulte con su cirujano al menos 2 semanas antes de la cirugía. Si no habla sobre este medicamento con su cirujano, es posible que se cancele su cirugía.

Si se va a someter a un procedimiento para tratar el glaucoma o a un trasplante de córnea de espesor total, evite tomar aspirina e ibuprofeno durante los 7 días previos a la cirugía (a menos que su médico le indique lo contrario). **Si toma anticoagulantes recetados para tratar la fibrilación auricular, una enfermedad de las válvulas cardíacas, o si tiene antecedentes de accidentes cerebrovasculares o coágulos sanguíneos, consulte con su médico para recibir instrucciones adicionales.**

INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS

Una enfermera del centro quirúrgico se comunicará con usted de 1 a 2 días antes de la fecha de su cirugía para confirmar la hora a la que deberá llegar al centro quirúrgico. También repasará con usted las instrucciones sobre qué hacer la noche anterior a la cirugía y qué medicamentos debe tomar la mañana de la cirugía. Si tiene alguna pregunta relacionada con su cirugía, por favor, llame a una enfermera del área preoperatoria al 616-464-3435 o a la línea telefónica principal al 616-464-3430.

Preparación para la cirugía:

- **Por favor, NO coma ni beba nada después de la medianoche, a menos que se le indique lo contrario. Esto incluye el agua.**
- Tenga en cuenta que debe contar con un adulto responsable que lo/la transporte. Esta persona deberá permanecer en las instalaciones de EPSC durante toda su estadía.
- Tenga en cuenta que recibirá anestesia y deberá coordinar que un adulto responsable permanezca con usted durante un mínimo de 12 a 24 horas después de la cirugía.
- Planifique permanecer en el centro quirúrgico aproximadamente de 2 a 4 horas.
- Use ropa cómoda y una camisa de manga corta.
- NO use maquillaje ni se aplique lociones en la cara o el cuerpo.
- Quítese todas las joyas (puede dejarse puestos los anillos de matrimonio).
- NO fume ni consuma bebidas alcohólicas durante las 24 horas previas a la cirugía.
- Quítese los lentes de contacto antes de presentarse para la cirugía.

Lugar de la cirugía:

East Paris Surgical Center, LLC
1000 East Paris Ave SE Suite LL01
Grand Rapids, MI 49546

El centro quirúrgico está ubicado en el nivel inferior del edificio médico East Paris. Se encuentra en el mismo edificio que Verdier Eye Center. Por favor, utilice la entrada "A" del edificio y tome los ascensores hasta el nivel inferior.

Al llegar:

El personal de admisión le pedirá que confirme su nombre, dirección, edad, empleador, etc. **Por favor, tenga disponibles sus tarjetas de seguro médico y una forma de identificación oficial.** El personal le pedirá que lea y firme un formulario de admisión, un formulario de registro y un formulario de instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas). El centro quirúrgico facturará directamente a su compañía de seguros una vez que se haya proporcionado toda la información necesaria. **Usted será responsable de pagar todos los copagos, coseguros y deducibles el día de la cirugía.**

Una enfermera lo/la acompañará al área preoperatoria y repasará con usted su información y el procedimiento que se realizará. Se revisarán y firmarán los formularios de consentimiento para la cirugía y la anestesia. Una enfermera realizará una evaluación que incluirá la toma de sus signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria, sonidos del corazón y los pulmones, etc.). También le administrará una serie de gotas oftálmicas, le colocará una vía intravenosa (IV) para administrar líquidos y medicamentos, y le pondrá una cánula nasal para suministrarle oxígeno.

Deberá permanecer acostado(a) boca arriba durante el procedimiento.

Anestesia:

También tendrá una entrevista con un profesional de anestesia, quien le proporcionará información sobre el tipo de anestesia que recibirá durante la cirugía. Para su procedimiento, se le administrará uno de los siguientes dos tipos de anestesia:

- **Anestesia monitorizada (MAC)**: Se utilizan gotas oftálmicas o inyecciones, junto con medicamentos para ayudarle a relajarse y sentirse cómodo(a).

- **Anestesia general**: Se le administrará anestesia para que permanezca completamente dormido(a) durante el procedimiento.

Directivas anticipadas:

Si tiene una directiva anticipada, por favor, traiga una copia. No cumplimos con las directivas anticipadas ni con los testamentos vitales. En caso de que surja una emergencia, le proporcionaremos reanimación, estabilizaremos su condición y lo/la trasladaremos al hospital.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Por su seguridad, no se le permitirá salir del centro quirúrgico sin estar acompañado(a).

Un adulto responsable (mayor de 18 años) debe acompañarlo(a), permanecer durante el procedimiento, llevarlo(a) a casa y quedarse con usted durante un mínimo de 12 a 24 horas después de la cirugía. NO podrá conducir usted mismo(a) a casa después de la cirugía ni a su cita en nuestro consultorio al día siguiente. Si no ha hecho los arreglos

necesarios para contar con un adulto que lo/la acompañe, su cirugía será reprogramada.

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Después de la cirugía, es posible que sienta sueño. Por favor, planifique descansar y relajarse durante el resto del día. La noche de la cirugía, es posible que tenga un protector sobre el ojo operado. Mantenga el protector colocado hasta su cita del día siguiente. Continúe utilizando sus medicamentos habituales en el OTRO ojo. Por lo general, después de la cirugía se presenta una molestia mínima o leve. Es posible que sienta una ligera sensación de raspadura y que tenga lagrimeo. Si es necesario, puede tomar Tylenol para aliviar las molestias.

LLAME A SU MÉDICO SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

- *Dolor que no se alivia con sus medicamentos habituales de venta libre ni con el descanso (aunque es normal sentir una sensación de raspadura, el dolor intenso no lo es).*
- *Náuseas y vómitos (esto podría ser una señal de aumento de la presión dentro del ojo y puede tratarse fácilmente).*
- *Pérdida repentina de la vision*

Los cirujanos de Verdier Eye Center están disponibles de guardia las 24 horas del día, todos los días, en el teléfono 616-949-2001.

Restricciones después de la cirugía:

- NO se frote el ojo.
- NO levante objetos que pesen más de 25 libras (aproximadamente 11 kg) ni realice actividades que requieran un esfuerzo similar (como jugar bolos o golf) durante 5 días.
- NO nade ni utilice jacuzzis durante 3 semanas.
- NO use maquillaje para los ojos durante un máximo de 3 semanas.
- EVITE los ambientes con polvo o suciedad durante 7 días.
- NO realice viajes de larga distancia durante los 7 días posteriores al procedimiento sin consultar primero con su cirujano.

Usted puede:

- Ver televisión, leer y utilizar sus ojos tanto como desee.
- Conducir cuando su médico le autorice hacerlo.
- Ducharse (evite que entre agua en el ojo operado).

Continúe usando el protector ocular mientras duerme durante los 7 días posteriores a la cirugía. Por favor, guarde el protector ocular en un lugar limpio.

AVISO DE FACTURACIÓN:

Dependiendo de la cobertura de su seguro médico, es posible que usted sea responsable de realizar tres pagos por separado:

- Honorarios profesionales: Verdier Eye Center (616-949-2001, opción 4).
- Honorarios del centro quirúrgico: East Paris Surgical Center (616-464-3430).
- Honorarios del anestesiólogo: Anesthesia Medical (616-364-4200).
  * Para obtener estimaciones de costos, visite: www.apcpc.net. Haga clic en la pestaña «For Patients» (Para pacientes) y seleccione «Billing» (Facturación).

La siguiente información puede serle útil cuando se comunique con su compañía de seguros médicos para consultar sobre la cobertura y los beneficios de su plan. Estos códigos de procedimientos se basan en la consulta que tuvo con su médico. Los códigos definitivos no podrán determinarse hasta que se haya completado su cirugía. Su cirugía está programada para los siguientes procedimientos:

Código(s) del procedimiento:

_____ _____

_____ _____

Código(s) de diagnóstico:

_____ _____

_____ _____

COSTOS Y PAGOS DE LA CIRUGÍA:

El costo de los servicios quirúrgicos, aparte de su deducible, copago y/o coseguro, generalmente está cubierto por la mayoría de los planes de seguro médico. Presentaremos las reclamaciones directamente a todas las compañías de seguros correspondientes en su nombre. Sin embargo, esperamos que usted se comunique directamente con su compañía de seguros para dar seguimiento y resolver cualquier asunto relacionado con su reclamación.

Todos los deducibles, coseguros y copagos deben pagarse el día de la cirugía. Nos comunicaremos con usted con anticipación para informarle el monto correspondiente. Este monto es solamente un estimado. Si no tiene seguro médico, deberá pagar el costo de la cirugía antes de que se realice o haber acordado previamente un plan de pago con nuestro personal. Aceptamos tarjetas MasterCard, VISA, Discover y American Express, así como pagos en efectivo. También puede pagar con cheque el día de la cirugía. El costo final de su cirugía dependerá de los procedimientos específicos que se realicen en el quirófano y de cualquier implante que se utilice.

Su pago a East Paris Surgical Center, LLC corresponde únicamente a los honorarios de las instalaciones (centro quirúrgico). También recibirá facturas por separado correspondientes a los honorarios profesionales (de Verdier Eye Center) y los honorarios de anestesia.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

East Paris Surgical Center desea brindarle la mejor atención posible. Queremos que conozca cuáles son sus derechos como paciente, así como las obligaciones de este centro quirúrgico, su personal y los médicos. Le animamos a comunicarse abiertamente con todas las personas involucradas en su atención médica.

- Los pacientes son tratados con respeto, consideración y dignidad.
- Se brindará a los pacientes la privacidad y el espacio personal adecuados durante el proceso de registro y en todas las áreas de evaluación y tratamiento.
- La información proporcionada por los pacientes y sus expedientes médicos se tratarán de manera confidencial. Los pacientes tendrán la oportunidad de autorizar o rechazar la divulgación de dicha información, excepto cuando la ley exija su divulgación.
- Se proporcionará a los pacientes, en la medida en que se conozca, información completa sobre su diagnóstico, evaluación, tratamiento y pronóstico. Cuando, por razones médicas, no sea aconsejable proporcionar dicha información directamente al paciente, esta se proporcionará a la persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada.
- Cuando un tribunal con jurisdicción competente determine que un paciente es legalmente incapaz conforme a las leyes estatales aplicables, los derechos del paciente serán ejercidos por la persona designada de acuerdo con las leyes del estado para actuar en su nombre. Si ningún tribunal estatal ha declarado al paciente legalmente incapaz, cualquier representante legal o sustituto designado por el paciente, de conformidad con las leyes estatales, podrá ejercer los derechos del paciente en la medida permitida por dichas leyes.
- Se brindará a los pacientes la oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, excepto cuando dicha participación esté contraindicada por razones médicas.
- Los pacientes tienen derecho a conocer cuáles son sus responsabilidades y cómo se espera que se comporten, según se explica en la sección Responsabilidades del Paciente.
- Los pacientes tienen derecho a conocer los servicios que ofrece East Paris Surgical Center.
- Los pacientes tienen derecho a conocer qué servicios y disposiciones están disponibles para recibir atención médica fuera del horario habitual y en caso de emergencia.

- Los pacientes tienen derecho a revisar su factura y recibir una explicación de la misma, independientemente de la fuente de pago.
- Los pacientes tienen derecho a recibir atención médica en un entorno seguro.
- Los pacientes tienen derecho a conocer por adelantado el monto estimado de su factura, independientemente de la fuente de pago.
- Los pacientes tienen derecho a conocer las políticas de pago de East Paris Surgical Center.
- Los pacientes tienen derecho a saber si se llevará a cabo alguna investigación experimental durante su tratamiento y tienen derecho a rechazar su participación.
- Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre las credenciales y cualificaciones de los profesionales de la salud que participan en su atención o tratamiento.
- Los pacientes tienen derecho a ser informados sobre cualquier persona, aparte del personal habitual, que vaya a observar durante su tratamiento, así como a rechazar dicha observación.
- Los pacientes tienen derecho a cambiar de proveedor de atención médica si hay otros proveedores calificados disponibles.
- Los pacientes tienen derecho a estar libres de cualquier forma de abuso, acoso, discriminación o represalias.
- Los pacientes tienen derecho a recibir información completa sobre cualquier tratamiento o procedimiento y sobre los resultados esperados antes de que se lleve a cabo.
- Los pacientes tienen derecho a ser informados, o a que se informe a su representante, según corresponda, sobre el derecho del paciente a tomar decisiones informadas con respecto a su atención médica.
- Los pacientes tienen derecho a rechazar el tratamiento y a ser informados sobre las consecuencias de su decisión.
- Los pacientes tienen derecho a ejercer sus derechos sin ser objeto de discriminación ni represalias.
- Los pacientes tienen derecho a estar libres de cualquier acto de discriminación o represalia, así como de cualquier forma de abuso o acoso.
- Los pacientes tienen derecho a esperar recibir atención médica y servicios de calidad por parte de East Paris Surgical Center en un entorno seguro.
- Los pacientes tienen derecho a expresar sus quejas o inconformidades con respecto al tratamiento o la atención médica que reciben, o que no se les haya proporcionado.

- Los pacientes tienen derecho a disponer de servicios de interpretación si es necesario.
- Los pacientes tienen derecho a expresar sus quejas o inconformidades con respecto al tratamiento o la atención médica que reciben, o que no se les haya proporcionado.

PATIENTS and/or PATIENT REPRESENTATIVES

1. **Quejas sobre centros de atención médica del estado de Michigan:** El estado de Michigan investiga las quejas relacionadas con la seguridad de los centros de atención médica, la calidad de la atención y las infracciones de las normas de licencias. Este es el formulario oficial en línea para presentar quejas sobre los centros de cirugía ambulatoria de Michigan.
    - **Nombre de la agencia: Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan (LARA).**
    - **Oficina: Oficina de Inspección y Certificación (BSC).**
    - **Línea telefónica gratuita para presentar quejas: 1-800-882-6006**
    - **Portal directo en línea para presentar quejas: lara.state.mi.us**
    - **Dirección postal:**
        i. **Department of Licensing & Regulatory Affairs**
        Bureau of Survey and Certification – Complaint Intake Section
        P.O. Box 30838
        Lansing, MI 48909

2. Quejas sobre Medicare / CMS: Para presentar quejas relacionadas con las condiciones de los centros de atención médica y la calidad de la atención en un centro de cirugía ambulatoria, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) indican a los beneficiarios que presenten sus quejas a través de la Agencia Estatal de Inspección (LARA, mencionada anteriormente). Sin embargo, las quejas generales sobre Medicare o las infracciones de los derechos de cobertura pueden presentarse directamente ante Medicare.

- **Nombre de la agencia: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).**
- **Línea telefónica gratuita: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

- **Línea telefónica para usuarios de TTY (dispositivos de telecomunicación para personas con discapacidad auditiva): 1-877-486-2048**
- **Portal directo en línea para presentar quejas**
  Documento: https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint

3. Defensor del Beneficiario de Medicare (Medicare Beneficiary Ombudsman): El Defensor del Beneficiario de Medicare ayuda a garantizar la protección de los derechos de los pacientes y revisa los problemas que no se han resuelto adecuadamente mediante los procesos habituales de presentación de quejas de Medicare. Los pacientes pueden consultar sus derechos dentro del programa en línea o solicitar a un representante de 1-800-MEDICARE que remita directamente al Defensor del Beneficiario cualquier consulta o problema que aún no se haya resuelto.

- **Nombre de la oficina:** Defensor del Beneficiario de Medicare de CMS (MBO).
- **Cómo elevar una queja por teléfono:** Llame al 1-800-633-4227 y solicite expresamente al representante que remita su queja pendiente de resolución al Defensor del Beneficiario de Medicare (Ombudsman).
- **Sitio web general del Defensor del Beneficiario (Ombudsman)**
  Recurso: https://www.cms.gov/center/special-topic/ombudsman/medicare-beneficiary-ombudsman-home
- **Derechos y asistencia del Defensor del Beneficiario (Ombudsman)**
  Portal: https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/get-help-with-your-rights-protections

PROPIEDAD:
East Paris Surgical Center, LLC es propiedad de los siguientes médicos:
David Verdier, MD
Karl Siebert, MD
Kyle McKey, MD

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Es responsabilidad del PACIENTE y/o de su REPRESENTANTE leer y comprender todos los permisos y/o consentimientos que deban firmarse. Los pacientes deben solicitar al personal de enfermería o al médico que les aclaren cualquier información que no comprendan sobre su atención médica o los servicios que recibirán.
- Es responsabilidad del PACIENTE proporcionar, según su leal saber y entender, información completa y precisa sobre su estado de salud, todos los medicamentos que toma, incluidos los productos de venta libre y los suplementos dietéticos, así como cualquier alergia o sensibilidad que pueda tener.
- Es responsabilidad del PACIENTE seguir el plan de tratamiento acordado y prescrito por su proveedor de atención médica, así como participar activamente en su atención médica.
- Es responsabilidad del PACIENTE notificar a East Paris Surgical Center al momento de su ingreso si no ha seguido las instrucciones preoperatorias.
- El PACIENTE es responsable de las consecuencias de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones preoperatorias.
- Se informa a los PACIENTES que es su responsabilidad contar con un adulto responsable que los transporte a casa y permanezca con ellos durante las 12 a 24 horas posteriores a su regreso al hogar, según las indicaciones del proveedor de atención médica o las instrucciones de alta médica.
- Es responsabilidad del PACIENTE contar con un adulto responsable que permanezca en el centro durante todo el procedimiento.
- Es responsabilidad del PACIENTE seguir las instrucciones posoperatorias proporcionadas por el médico o los médicos y/o el personal de enfermería. Esto incluye las instrucciones relacionadas con las citas de seguimiento posoperatorio.
- Es responsabilidad del PACIENTE comunicarse con el médico si se presenta alguna complicación.
- Es responsabilidad del PACIENTE asegurarse de que todos los pagos por los servicios prestados se realicen puntualmente. El paciente es, en última instancia, responsable del pago y acepta la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo que no esté cubierto por su seguro médico, independientemente de la cobertura de dicho seguro.

- Es responsabilidad del PACIENTE proporcionar la información financiera y/o del seguro médico, incluyendo quién será responsable del pago de la factura, así como la dirección actual y la información de contacto autorizada.
- Es responsabilidad del PACIENTE y de las personas que lo acompañen tratar con respeto a todos los proveedores de atención médica y al personal, así como a los demás pacientes, y cumplir con las políticas del Centro.
- Es responsabilidad del PACIENTE informar a su proveedor de atención médica sobre cualquier testamento vital, poder notarial médico u otra directiva anticipada que pueda afectar su atención médica.

- Es responsabilidad del PACIENTE notificar a la administración de East Paris Surgical Center si el PACIENTE o su REPRESENTANTE considera que se ha violado alguno de sus derechos, o si el PACIENTE tiene alguna sugerencia, comentario o queja.

Las sugerencias, comentarios o quejas deben dirigirse a:
Director del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)
East Paris Surgical Center
1000 East Paris Ave SE; Suite LL01
Grand Rapids, MI 49546
616-464-3430

EAST PARIS SURGICAL CENTER, LLC
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a dicha información. Le recomendamos que lo lea detenidamente.

La información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre usted se conserva en forma de registros escritos y/o electrónicos de sus contactos o visitas a nuestro consultorio para recibir servicios de atención médica. Específicamente, la PHI es información sobre usted, incluidos sus datos demográficos (es decir, nombre, dirección, número de teléfono, etc.), que puede identificarlo y que está relacionada con su estado de salud física o mental pasado, presente o futuro, así como con los servicios de atención médica relacionados.

Nuestro consultorio debe cumplir con normas específicas para mantener la confidencialidad de su información médica protegida (PHI), utilizar su información y divulgarla o compartirla con otros profesionales de la salud que participen en su atención y tratamiento. Este Aviso describe sus derechos para acceder a su PHI y controlarla. También explica cómo cumplimos con las normas aplicables y cómo utilizamos y divulgamos su PHI para proporcionarle tratamiento, obtener el pago por los servicios que recibe, administrar nuestras operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley.

Sus derechos conforme a la Regla de Privacidad: A continuación, se presenta una declaración de sus derechos conforme a la Regla de Privacidad con respecto a su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). No dude en consultar cualquier pregunta con nuestro personal.

Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, y nosotros tenemos la obligación de proporcionársela. Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. Si lo solicita, le proporcionaremos una versión revisada del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad. Para ello, puede llamar a nuestra oficina y solicitar que le enviemos una copia revisada por correo postal, o pedir una copia durante su próxima cita. El Aviso también estará disponible en las salas de espera de nuestro centro y, si el consultorio cuenta con un sitio web, se publicará allí.

Tiene derecho a autorizar otros usos y divulgaciones: Esto significa que solo utilizaremos o divulgaremos su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) según se describe en este Aviso, a menos que usted autorice por escrito otro uso o divulgación. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de mercadotecnia, para la mayoría de los usos o divulgaciones de notas de psicoterapia o notas de asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias, o si tuviéramos la intención de vender su PHI. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento y por escrito, excepto en la medida en que su proveedor de atención médica o nuestra práctica ya haya tomado alguna medida basándose en el uso o la divulgación indicados en dicha autorización.

Tiene derecho a solicitar un medio alternativo de comunicación confidencial: Esto significa que tiene el derecho de pedirnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos utilizando un método alternativo (por ejemplo, correo electrónico o teléfono) y en el lugar de destino que usted designe (por ejemplo, número de teléfono celular, dirección alternativa, etc.). Debe informarnos por escrito, utilizando un formulario proporcionado por nuestra práctica, cómo desea ser contactado si es diferente de la dirección o número de teléfono que tenemos registrado en nuestros archivos. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables.

Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su Información Médica Protegida (PHI): Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico completo, o dirigirnos a divulgar su PHI a un tercero. Si su expediente médico se mantiene en formato electrónico, también tendrá derecho a solicitar una copia en formato electrónico. Tenemos el derecho de cobrar una tarifa razonable por las copias impresas o electrónicas, de acuerdo con las pautas profesionales, estatales o federales aplicables. Estamos obligados a proporcionarle acceso a sus registros dentro de los 30 días siguientes a la recepción de su solicitud por escrito, a menos que

sea necesaria una prórroga. En tales casos, le notificaremos el motivo de la demora y la fecha prevista en que se cumplirá su solicitud.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su Información Médica Protegida (PHI): Esto significa que puede pedirnos, por escrito, que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si aceptamos la restricción solicitada, la cumpliremos, excepto en circunstancias de emergencia cuando la información sea necesaria para su tratamiento. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de restricción. Usted tendrá el derecho de solicitar, por escrito, que restrinjamos la comunicación con su plan de salud respecto a un tratamiento o servicio específico que usted, o alguien en su nombre, haya pagado en su totalidad de su propio bolsillo. No se nos permite denegar este tipo específico de restricción solicitada.

Puede tener derecho a solicitar una modificación de su Información Médica Protegida (PHI): Esto significa que puede solicitar una corrección o modificación de su PHI mientras mantengamos dicha información en nuestros registros. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud.

Tiene derecho a solicitar un registro de divulgaciones de su Información Médica Protegida (PHI): Esto significa que puede solicitar una lista de las divulgaciones de su PHI que hayamos realizado a entidades o personas fuera de nuestra práctica, excepto aquellas realizadas a solicitud suya o para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No cobraremos ninguna tarifa por el primer informe de divulgaciones que se le proporcione dentro de un período de 12 meses.

Tiene derecho a recibir una notificación de violación de privacidad: Tiene derecho a recibir una notificación por escrito si la práctica descubre una violación de la seguridad de su Información Médica Protegida (PHI) no protegida y determina, mediante una evaluación de riesgos, que es necesario notificarle sobre dicha violación.

Cómo Podemos Utilizar o Divulgar la Información Médica Protegida

A continuación se presentan ejemplos de usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida (PHI) que estamos autorizados a realizar. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los posibles tipos de usos y divulgaciones que pueden ocurrir.

Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida (PHI) para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero que participe en su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, divulgaremos su PHI, según sea necesario, a una farmacia que surta sus recetas médicas. También divulgaremos PHI a otros proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en su cuidado y tratamiento.

Avisos Especiales: Podemos utilizar o divulgar su Información Médica Protegida (PHI), según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle sus citas. Podemos contactarlo por teléfono u otros medios para proporcionarle resultados de exámenes o pruebas, así como información que describa o recomiende alternativas de tratamiento relacionadas con su atención médica. Si el paciente está programado para una cirugía, se le enviará por correo un paquete informativo

quirúrgico. También podremos enviarle por correo un aviso para reprogramar una cita, actualizar información sobre su seguro, el estado de su cuenta o proporcionar información diversa que pueda requerir que el paciente nos devuelva la llamada. Además, podremos comunicarnos con usted para brindarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud ofrecidos por nuestra oficina o, con respecto a un plan de salud grupal, para divulgar información al patrocinador del plan de salud. Usted tendrá el derecho de optar por no recibir estos avisos especiales.

Pago: Su Información Médica Protegida (PHI) será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios de atención médica que reciba. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico lleve a cabo antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, como determinar su elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro.

Operaciones de Atención Médica: Podemos utilizar o divulgar su Información Médica Protegida (PHI), según sea necesario, para apoyar las actividades comerciales de nuestra práctica. Esto incluye, entre otras cosas, la planificación y el desarrollo empresarial, la evaluación y mejora de la calidad, la revisión médica, los servicios legales, las funciones de auditoría y las actividades relacionadas con la seguridad del paciente.

Organización de Información de Salud: La práctica puede optar por utilizar una organización de información de salud u otra entidad similar para facilitar el intercambio electrónico de información con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

A Otras Personas Involucradas en Su Atención Médica: A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su Información Médica Protegida (PHI) que esté directamente relacionada con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar dicha divulgación, podremos divulgar la información necesaria si determinamos, según nuestro criterio profesional, que hacerlo es lo mejor para usted. También podemos utilizar o divulgar PHI para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable de su cuidado acerca de su estado general de salud o de su fallecimiento. Si usted no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o la divulgación de su PHI, su proveedor de atención médica podrá, utilizando su criterio profesional, determinar si la divulgación es en su mejor interés. En ese caso, solo se divulgará la PHI que sea necesaria.

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos y Requeridos: También estamos autorizados a utilizar o divulgar su Información Médica Protegida (PHI) sin su autorización por escrito y sin brindarle la oportunidad de oponerse para los siguientes fines: cuando así lo exija la ley estatal o federal; para actividades de salud pública y asuntos de seguridad pública (por ejemplo, el retiro de un producto del mercado); para actividades de supervisión de la salud; en casos de abuso, negligencia o violencia doméstica; para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad; para fines de investigación; en respuesta a una orden judicial o administrativa y a citaciones que cumplan ciertos requisitos; a un médico forense, examinador médico o director de funeraria; para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos; para abordar asuntos relacionados con compensación laboral, cumplimiento de la ley y ciertas otras solicitudes gubernamentales, así como para funciones gubernamentales especializadas (por ejemplo, las relacionadas con las fuerzas armadas o la seguridad nacional); con respecto a un plan de salud grupal, para divulgar información al

patrocinador del plan con fines de administración del mismo; y si el Departamento de Salud y Servicios Humanos lo solicita para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Norma de Privacidad.

Usos/Divulgaciones Prohibidos: Los registros de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias recibidos de programas cubiertos por la Parte 2 (Part 2 programs), así como cualquier testimonio que revele el contenido de dichos registros, no se utilizarán ni divulgarán en ninguna investigación penal, para iniciar o sustentar cargos criminales, ni en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, sin su autorización o sin una orden judicial acompañada de una citación u otro mandato legal similar que exija dicha divulgación.

Redistribución de Información (Redisclosure): La Información Médica Protegida (PHI) que se divulga conforme a la Norma de Privacidad puede estar sujeta a una nueva divulgación y dejar de estar protegida por dicha Norma. Por ejemplo, si la información se divulga a un tercero que no está sujeto a las reglas de la HIPAA (por ejemplo, que no es un proveedor de atención médica, un plan de salud o una entidad de procesamiento de información médica), esa entidad puede volver a divulgar la PHI a otras personas sin restricciones.

Quejas de Privacidad
Usted tiene el derecho de presentar una queja ante nosotros o directamente ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja

Puede hacer preguntas sobre sus derechos de privacidad, presentar una queja o enviar una solicitud por escrito (para obtener acceso, solicitar una restricción o una modificación de su Información Médica Protegida [PHI], o para obtener un registro de divulgaciones) notificando a nuestro Administrador de Privacidad en:

Director del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC Director)
1000 East Paris Ave SE
Suite LL01
Grand Rapids, MI 49546
(616) 464-3430

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tiene derecho a saber que el Centro no reconoce las directivas anticipadas (advance directives) y a conocer dónde y cómo obtener información y los formularios correspondientes.

1. Aunque el Centro reconoce que es derecho del paciente participar en las decisiones relacionadas con su propia atención médica, nuestra política establece que, independientemente del contenido de cualquier directiva anticipada, si ocurre un evento adverso durante el tratamiento en el Centro, iniciaremos medidas de reanimación u otras medidas de estabilización necesarias y trasladaremos al paciente a un hospital de cuidados agudos para una evaluación adicional. La existencia de directivas anticipadas se documenta de manera destacada en el expediente médico de cada paciente.

2. Puede obtener información adicional sobre las directivas anticipadas en:

http://www.michigan.gov/documents/miseniors/Advance_Directives_230752_7.pdf http://www.michigan.gov/images/End-of-life_chapter_2_1182_7.pdf

Nuestro objetivo es brindarle la mejor atención posible de manera profesional. Siempre estamos abiertos a recibir sugerencias y reconocemos que pueden surgir problemas. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a sus derechos o responsabilidades, o si desea presentar una queja o reclamación sobre cómo estos derechos fueron o no fueron administrados, comuníquese con el Director del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC Director), quien investigará el asunto.

Puede comunicarse con el Director del Centro de Cirugía Ambulatoria de East Paris Surgical Center en:

1000 East Paris Ave SE; Suite LL01
Grand Rapids, MI 49546
(616) 464-3430

Tiene derecho a recibir una "Estimación de Buena Fe" (Good Faith Estimate) que explique cuánto costará su atención médica.

Según la ley, los proveedores de atención médica deben proporcionar a los pacientes que no tienen seguro médico o que no están utilizando su seguro

una estimación del costo de la factura por los artículos y servicios médicos que recibirán.

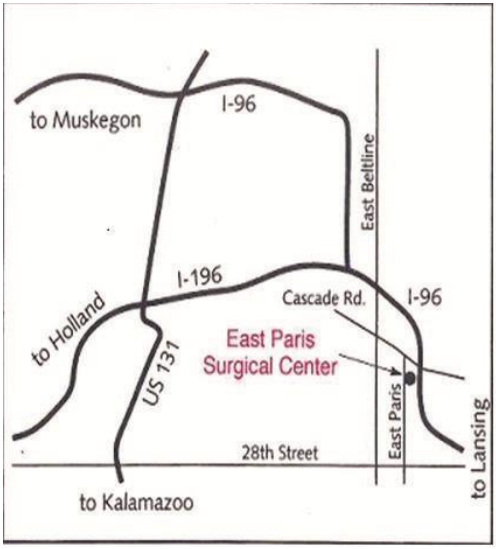
Tiene derecho a recibir una Estimación de Buena Fe (Good Faith Estimate) del costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados, como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos médicos y tarifas hospitalarias.

Asegúrese de que su proveedor de atención médica le proporcione una Estimación de Buena Fe (Good Faith Estimate) por escrito al menos 1 día hábil antes de que reciba el servicio o artículo médico. También puede solicitar una Estimación de Buena Fe a su proveedor de atención médica, así como a cualquier otro proveedor que elija, antes de programar un artículo o servicio.

Si recibe una factura que es al menos $400 más alta que la cantidad indicada en su Estimación de Buena Fe (Good Faith Estimate), tiene derecho a disputar la factura.

Asegúrese de guardar una copia o una fotografía de su Estimación de Buena Fe (Estimación de Buena Fe).

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A NUESTRA INSTALACIÓN:



- Tome la salida "Cascade Road West" desde la I-96.
- Gire a la IZQUIERDA en el semáforo de East Paris Avenue.
- Baje por la colina hasta llegar al East Paris Medical Center, que está ubicado a la IZQUIERDA al pie de la colina.
- Ingrese al edificio por la entrada "A".
- Continúe derecho hasta el área de los ascensores.
- East Paris Surgical Center está ubicado en el NIVEL INFERIOR (Lower Level).

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN:

East Paris Surgical Center, LLC.
1000 East Paris Ave SE; Suite LL01
Grand Rapids, MI 49546
Teléfono: (616) 464-3430
Fax: (616) 464-3440 or (616) 942-8553
https://eastparis-surgicalcenter.com