



Ubicación: Este

Nombre: _____
DOB: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Doctor: _____
MRN#: _____ DOS: _____

Formulario de Admisión al Centro de Cirugía Ambulatoria

RELACIÓN LEGAL ENTRE EL CENTRO DE CIRUGÍA Y LOS MÉDICOS: Comprendo que todos los médicos que prestan servicios al paciente, incluido el médico del paciente y cualquier especialista, como anestesista, radiólogo o patólogo, son contratistas independientes del paciente y no son empleados ni agentes del centro de cirugía. El paciente está bajo el cuidado y supervisión de su médico y es responsabilidad del centro de cirugía y su personal seguir las instrucciones del médico. Es responsabilidad del médico de cada paciente obtener el consentimiento informado del paciente para recibir atención médica o tratamientos o procedimientos quirúrgicos. Cualquier pregunta relacionada con la naturaleza o los resultados de cualquier examen o tratamiento, debiera dirigirse a su médico como paciente y no a los empleados del centro de cirugía.

OTROS SERVICIOS PROFESIONALES: Entiendo que los profesionales de anestesia que brindan servicios de anestesia facturan por separado. También entiendo que mi médico puede hacer que un servicio de radiología profesional revise las imágenes radiológicas. Mi médico también puede enviar muestras a un laboratorio de patología profesional para un diagnóstico patológico. Los servicios de anestesia, radiología y patología son facturados por separado por esos médicos y laboratorios individuales.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR: Se acuerda y se entiende que el centro de cirugía no será responsable de ninguna propiedad personal que el paciente traiga al centro de cirugía, incluidos, entre otros, dinero, joyas, documentos o cualquier otro artículo. **PROPIEDAD DEL CENTRO DE CIRUGÍA:** Me han informado que puede haber médicos que tengan la propiedad de este centro de cirugía. Entiendo que soy libre de elegir otra instalación en la que recibir los servicios.

DIRECTIVA ANTICIPADA/TESTAMENTO EN VIDA: Entiendo que si ocurriera una condición médica de emergencia, seré trasladado a un hospital para una evaluación y tratamiento adicionales. Entiendo que si tengo instrucciones anticipadas o testamento en vida, el centro de cirugía no aceptará ninguna solicitud de no reanimarme y aún así me transferirá a un hospital que tomará decisiones sobre el cumplimiento de las instrucciones anticipadas o mi voluntad.

Tengo lo siguiente:

Copia entregada al Centro de Cirugía

- Testamento en vida ===== []
- Subrogante de atención médica, apoderado o poder notarial duradero ===== []
- Poder notarial ===== []
- Tutela legal de poder ===== []
- Ninguno de los anteriores===== []

PRIVACIDAD, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Me han proporcionado una copia del Aviso, recibí una copia de la declaración de derechos y responsabilidades del paciente. Sé a quién puedo expresar sugerencias o quejas. Si debo transferirme a un hospital o si me atienden en un hospital dentro de una semana de mi procedimiento, doy mi consentimiento para que el hospital entregue copias de mis registros médicos al Centro de Cirugía para revisar el episodio de atención.

ACUERDO FINANCIERO: Acepto que, en la medida necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y obtener el reembolso, el centro de cirugía se puede divulgar partes de mis registros financieros y/o médicos a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de todos o cualquier parte de los cargos del

Centro (incluidos, entre otros, las compañías de seguros, los planes de servicios de atención médica o las compañías de compensación para trabajadores). Ya sea que firme como paciente o su agente, acepto que en consideración de los servicios prestados, seré individualmente responsable de pagar al Centro por todos esos servicios, a las tarifas y términos regulares del Centro en caso de que mi compañía de seguros niegue el pago. **Entiendo que las tarifas cotizadas son solo una estimación.** Si se agregan procedimientos adicionales o se utilizan suministros/implantes especiales, se facturarán en consecuencia. También seré responsable de cualquier deducible o copago adeudado en el momento de los servicios. Soy responsable del pago dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio prestado, a menos que haya un contrato que el centro de cirugía haya firmado con mi aseguradora que establezca lo contrario. Reconozco y acepto que el Centro de Cirugía y cualquier afiliado o proveedor del mismo, incluidas las empresas de cobro o facturación, pueden comunicarse conmigo por teléfono o mensaje de texto a cualquier número de teléfono que haya proporcionado y a cualquier otro número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos números de teléfono inalámbricos o móviles. Además, acepto que se puede utilizar cualquier método de contacto con estos números, como un sistema de marcación telefónica automatizada (ATDS) o un mensaje pregrabado. Si esta cuenta se remite para su cobro a cualquier abogado o agencia de cobro, pagaré todos los honorarios de los abogados y los gastos de cobro en relación con esto, si la cuenta de paciente está en estado de morosidad. Seré responsable de pagar al Centro intereses sobre el saldo total pendiente a la tasa máxima permitida por la ley. Por la presente certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social o por cualquier otro pagador es correcta. Asigno al Centro de Cirugía todos los beneficios que se me deben según los términos de dichas políticas y programas, pero sin exceder los cargos regulares del Centro por servicios similares.

Autorizo el pago de prestaciones médicas al centro quirúrgico por los servicios prestados. También reconozco que he recibido y entiendo los siguientes elementos antes del procedimiento.

- **Derechos y responsabilidades del paciente**
- **La política del Centro de Cirugía sobre directivas anticipadas**
- **Información de propiedad del médico**

Reconozco todas las declaraciones anteriores

Paciente	Fecha	Hora	Testigo	Fecha	Hora
----------	-------	------	---------	-------	------

(En caso de que el paciente sea menor de edad, esté inconsciente o no sea competente para reconocer un entendimiento debido a una condición física o mental, complete lo siguiente). Si es el representante personal del paciente, indique la relación y autoridad :

Representante del paciente y relación	Fecha	Hora	Testigo	Fecha	Hora
---------------------------------------	-------	------	---------	-------	------