Island Digestive Health Center, LLC
Consentimiento del Paciente y Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad
Para Uso y/o Revelación de Información Médica Protegida para Realización de Tratamientos, Pagos y Operaciones de Cuidado de la Salud

<Nombre del paciente>, por medio del presente declaro que al firmar ese Consentimiento acepto y acuso recibo de la siguiente información:

1. Me han entregado el Aviso sobre Prácticas de Privacidad ("Aviso sobre Privacidad") correspondiente a Island Digestive Health Center, LLC (el "Centro") antes de firmar el presente Consentimiento. El Aviso sobre Privacidad incluye una descripción de los usos y/o divulgaciones aceptados de mi información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) de parte del Centro. Entiendo que en el futuro, si lo solicito, habrá disponible una copia del Aviso sobre Privacidad para mí. El Centro me ha sugerido leer el Aviso sobre Privacidad con atención antes de firmar el presente Consentimiento. El Centro se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad descriptas en este Aviso sobre Privacidad, de acuerdo con la ley aplicable.

2. Entiendo y autorizo el uso de los siguientes recordatorios de citas del Centro:
    a. Una tarjeta postal que me enviarán al domicilio indicado; y/o
    b. Llamado telefónico a mi hogar y mensaje en la contestadora automática.

3. Entiendo que si no firmo este Consentimiento indicando mi autorización respecto de los usos y divulgaciones descriptos en el Aviso sobre Privacidad, el Centro no me tratará.

He leído y entendido el aviso precedente y han respondido a todas mis preguntas a mi entera satisfacción de una manera entendible.

Firma de Paciente o Representante Legal
<Patient_Sig>

Firma de Testigo
<Witness_Sig>

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

Imposibilidad de Obtener el Acuse de Recibo

Para ser completado sólo en caso de no poder obtener la firma del paciente. Si no es posible obtener el acuse de recibo del paciente, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo del paciente, y los motivos por los cuales no se pudo obtener el mismo:

_____
_____
_____
_____

Firma de representante del Centro: _____

Nombre en letra de molde de representante del Centro: _____

Fecha: _____

Consentimiento Informado de Ambulatory Center for Endoscopy, LLC para la realización de una endoscopía

Explicación del procedimiento

La visualización directa del tracto digestivo con instrumentos lumínicos se denomina endoscopía gastrointestinal. Su médico le ha recomendado realizarse este estudio, por lo que le brindamos esta información para ayudarlo a comprender los motivos y posibles riesgos de este procedimiento.

Durante el estudio, se inspeccionará en detalle el tejido que recubre el tracto digestivo y posiblemente se tomarán fotografías. Si se observa, o se sospecha de alguna anomalía, se podrá extraer una pequeña porción de tejido (biopsia) o se podrá cepillar el recubrimiento. Las muestras tomadas se envían al laboratorio para ver si contienen células anormales. Si se observan pequeños crecimientos (pólipos), serán extraídos.

Para su comodidad durante el procedimiento, un anestesista o ayudante de anestesista acreditado, según se define en el consentimiento de anestesia, le aplicará una medicación definida como Sedación Profunda.

Si no se utiliza anestesia, su médico le podrá administrar una medicación definida como Sedación Consciente/Moderada.

Breve descripción del procedimiento

1. **EGD (Esofagogastroduodenoscopía):** Estudio del esófago, estómago y duodeno. Se podrán tomar muestras de los tejidos (biopsias) si el médico lo considera necesario. Si se descubre alguna hemorragia activa, se podrá controlar la coagulación por medio de calor, medicación o clips mecánicos.
2. **Dilatación esofágica**: Se utilizan tubos o globos para agrandar las áreas estrechas del esófago.
3. **Sigmoidoscopía flexible**: Estudio del ano, recto y lado izquierdo del colon, generalmente hasta 60 cm de profundidad.
4. **Colonoscopía**: Estudio del colon o de una parte del colon. Los pacientes mayores o con diverticulosis extensa pueden tener complicaciones. Se realiza una polipectomía (extirpación de pequeños crecimientos llamados pólipos), si es necesario, utilizando un asa y corriente eléctrica. Si se descubre alguna hemorragia activa, se podrá controlar la coagulación por medio de calor, medicación o clips mecánicos.

Principales riesgos y complicaciones de la endoscopía gastrointestinal

Por lo general, la endoscopía gastrointestinal es un procedimiento de bajo riesgo, pero existe la posibilidad de que ocurran las siguientes complicaciones. Su médico le hablará sobre su frecuencia, si usted lo desea, con particular referencia a las indicaciones para su propia endoscopía gastrointestinal. ***SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE SU ESTUDIO, CONSÚLTELA CON SU MÉDICO.***

1. **Perforación**: La introducción del instrumento puede provocar una lesión en la pared del tracto gastrointestinal, con la posibilidad de que el contenido gastrointestinal se filtre a la cavidad corporal. Si esto ocurre, generalmente se debe operar para cerrar la herida y/o drenar la región. En casos de que cirugía sea necesaria, existe el riesgo de una colostomía permanente.
2. **Hemorragia**: La hemorragia, si se produce, suele ser una complicación de las biopsias, polipectomías o dilataciones. Las hemorragias pueden tratarse solo con observación minuciosa, o puede ser necesario realizar transfusiones de sangre o productos de sangre, repetir la endoscopía para detener el sangrado o, posiblemente, practicar una operación quirúrgica.
3. **Flebitis por medicación**: Los medicamentos que se utilizan para la sedación pueden irritar la vena por la que se inyectan, causando inflamación, enrojecimiento y dolor en la vena y el tejido circundante, y una posible infección en el área. El malestar en el área puede durar varias semanas y hasta varios meses.
4. **Otros riesgos posibles**: Riesgo de los pólipos o las lesiones pérdidas o no visualizadas, síndrome de post-polipectomía, reacciones a las drogas, y complicaciones por otras enfermedades que pueda tener. La falla instrumental y la muerte son riesgos extremadamente inusuales, pero pueden ser una posibilidad remota. ***DEBE INFORMAR A SU MÉDICO SOBRE TODOS SUS PROBLEMAS ALÉRGICOS Y MÉDICOS.***

Alternativas a la endoscopía gastrointestinal

Si bien la endoscopía gastrointestinal es un medio extremadamente seguro y efectivo para examinar el tracto intestinal, su diagnóstico no es 100 por ciento preciso. En un pequeño porcentaje de casos puede haber una falla de diagnóstico o un diagnóstico incorrecto. Existen otros métodos de diagnóstico o procedimientos terapéuticos, como tratamientos médicos, radiografías y cirugía. Su médico lo informará sobre estas otras opciones.

Médico que explicó el procedimiento: Dr. _____

Firma: _____ Fecha: _____

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías durante mi procedimiento a fin de que ayuden a mi tratamiento y se utilicen para el avance de la educación médica. Acepto la presencia de un observador durante el procedimiento para que brinde asistencia o asesoramiento al médico. Certifico entender la información sobre la endoscopía gastrointestinal y la sedación moderada (consciente). Se me han informado los riesgos, beneficios, limitaciones, alternativas y posibles complicaciones de mi procedimiento/anestesia.

Entiendo que se me ha advertido que no debo conducir vehículos por veinticuatro (24) horas después del procedimiento. Entiendo también que, en caso de sufrir un paro cardíaco o respiratorio, u otra situación con riesgo de muerte durante mi internación, el Centro tomará todas las medidas necesarias para salvar mi vida hasta ser transferido a un hospital, si dichas medidas son necesarias, y que el centro IDHC hará caso omiso a mis Directivas Anticipadas. Autorizo a que se me realice cualquier tratamiento médico que sea necesario, incluyendo el traslado a un nivel de atención superior.

Doy mi consentimiento para que se me extraiga y se analice mi sangre en caso de que alguna persona quede accidentalmente expuesta a mis fluidos corporales. Los resultados de los análisis serán estrictamente confidenciales, tal como lo especifica la ley.
Doy mi consentimiento para que otro médico revise mi historia clínica para obtener información sobre la atención que se me brinda.

He leído este documento y lo entiendo, me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Soy consciente de que tengo el derecho de tener una segunda opinión.

Por el presente, autorizo y permito al Dr._____, y quien éste designe como su asistente, a que me realice el siguiente estudio:

☐ Endoscopía superior (EGD), con posible biopsia y polipectomía ☐ Sigmoidoscopía flexible ☐ Dilatación esofágica

☐ Colonoscopía, posible biopsia y polipectomía ☐ Otro_____

☐ Ultrasonido Endoscopico con biopsia de aguja ☐ Ultrasonido Endoscopico sin biopsia de aguja

Si ocurriera algún problema inesperado durante el procedimiento que, a criterio del médico, requiera de la realización de otros procedimientos, tratamientos u operaciones, lo autorizo a hacer todo lo que considere aconsejable. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía con respecto al resultado de este procedimiento. Se tuviera dudas sobre un posible estado de embarazo, permitiré que se me realice un análisis de embarazo con orina antes del procedimiento.

_____ _____

☐ **Paciente** / ☐ **Representante legalmente autorizado** (marcar uno) **Relación con el paciente**

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Testigo de la firma:** _____

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE SOBRE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El Centro es un "Centro de Cirugía Ambulatoria" especialmente destinado a la práctica de la gastroenterología –no realiza ningún otro procedimiento médico. La misión del Centro es brindar atención de calidad en un entorno ambulatorio especializado, y se esfuerza por brindar a cada paciente los mayores cuidados y atención personalizada.

Le comunicamos que algunos de los médicos que realizan procedimientos pueden tener un interés financiero directo en este centro.

Para asegurarnos de que nuestros pacientes entiendan su responsabilidad financiera y nuestras políticas de pagos, le rogamos se tome un minuto para leer este formulario y consultar cualquier duda con nuestro representante de facturación.

1. Lo que cobramos por nuestros servicios cubre el componente no profesional de su procedimiento, también conocidos como cargos "técnicos" o "de servicio", que incluyen el costo de operación de las instalaciones incluyendo los equipos, el personal, el alquiler, los insumos, etc. También recibirá una factura por separado del médico por sus servicios profesionales, los servicios de anestesia y, posiblemente, los servicios patológicos del laboratorio. La institución, el laboratorio, el anestesista y los médicos son entidades legales independientes que prestan servicios diferentes y por separado.
2. A modo de cortesía, presentamos los reclamos del paciente, en su nombre, a la compañía de seguro médico indicada durante el proceso de registro, siempre que tengamos el nombre completo y domicilio de la compañía, el nombre del asegurado, el número de seguro social y la fecha de nacimiento, el número del grupo y cualquier otra autorización previa que se necesite para el procedimiento.
3. Esperamos que todos los copagos conocidos se paguen al momento en que se presta el servicio o cuando lo exija el contrato entre el paciente, la compañía de seguro y nuestro centro. Nos reservamos el derecho de cobrar los copagos, deducibles y co-seguros ante la notificación de la compañía de seguro.
4. Algunas compañías de seguro exigen una pre-certificación, una pre-autorización o una orden de derivación por escrito. El paciente deberá entender los requisitos del plan de su seguro médico y obtener la autorización correspondiente al menos 3 días antes de la fecha del procedimiento. Si no lo hace, la compañía de seguro podrá rechazar su reclamo y, si lo rechaza, o no paga, usted deberá hacerse cargo del saldo.
5. Si tiene alguna pregunta sobre el saldo, por favor, contáctese con nuestra Oficina de Facturación. Si no paga la factura, su caso será transferido a una agencia de cobros externa, hecho que puede perjudicar su historial crediticio. Los honorarios legales y los costos incurridos en la cobranza de las cuentas pendientes correrán por cuenta del paciente.

El paciente ha dado Directivas Anticipadas ☐ Sí ☐ No

Las Directivas Anticipadas del paciente han sido entregadas al ACE e incluidas en la historia clínica del paciente ☐ Sí ☐ No

El centro ha ofrecido al paciente información sobre las Directivas Anticipadas.

Antes de comenzar el procedimiento, el paciente recibió un folleto en el que se describen sus Derechos y Responsabilidades y la política del centro con respecto a las directivas anticipadas.

Autorización para divulgar información: Autorizo por el presente a **Island Digestive Health Center, LLC** a divulgar toda la información que sea necesaria para la facturación y el procesamiento de la cuenta por los servicios prestados.

Cesión de los beneficios del seguro: Autorizo por el presente a que se paguen a **IslandDigestive HealthCenter,LLC** los beneficios del seguro que me correspondan por este servicio. El pago a **Island Digestive Health Center, LLC** no excederá el saldo adeudado por los servicios prestados.

He leído el formulario y entiendo y acepto los términos establecidos en este Acuse de Recibo de Responsabilidad Financiera. Entiendo que soy financieramente responsable ante el centro por los cargos no cubiertos por esta cesión.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____

Rótulo del

Representante del Centro: _____

Formulario 272-Revisado en septiembre de 2013

Island Digestive Health Center, LLC

Consentimiento para Servicios de Anestesia

Reconozco que mi médico me ha explicado que voy a tener un procedimiento. También entiendo que los servicios de anestesia son necesarios para que mi médico puede realizar el procedimiento. Se ha explicado que todas las formas de anestesia implican un riesgo y, aunque poco frecuentes, pueden ocurrir complicaciones graves inesperadas con anestesia e incluyen la remota posibilidad de infección, hemorragia, reacciones a medicamentos, coágulos de sangre, pérdida de la sensibilidad, pérdida de la función del miembro, parálisis, derrame cerebral, ataque cardiaco o muerte. Yo entiendo que estos riesgos se aplican a todas las formas de anestesia y los riesgos específicos o adicionales han sido explicados y han sido identificados a continuación. Entiendo que los tipos de servicios de anestesia seleccionados a continuación serán usados para mi procedimiento y que la técnica utilizada es determinada por varios factores; entre ellos mi condición física, el tipo de procedimiento, y mi preferencia personal y la preferencia de mi médico.

Rodear la técnica planificada abajo:

	Anestesia Monitoreada ***(sin sedación)***	Resultados Esperados	Ningún cambio en el estado mental o consciencia
		Técnica	Observación de los signos vitales
		Riesgos	La posibilidad de molestias relacionadas con el procedimiento
	Anestesia Monitoreada ***(con sedación)***	Resultados Esperados	Reducción de ansiedad y dolor, amnesia parcial o total
		Técnica	La droga se inyecta en el flujo sanguíneo o por otro método produciendo un estado semiconsciente
		Riesgos	Un estado inconsciente, respiración deprimido, daño a los vasos sanguíneos

Yo doy mi consentimiento para el servicio de anestesia indicado arriba y autorizo que sea administrado por el anestesiólogo. Certifico que he leído el formulario y entiendo y acepto los términos establecidos en este formulario y que comprendo el carácter, los beneficios, los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del servicio de anestesia, y yo ha tenido suficiente tiempo para hacer preguntas y considerar mis decisiones.

Firma de Paciente _____ **Fecha** _____ **Hora** _____

Firma de Testigo _____ **Fecha** _____ **Hora** _____

Firma de Medico _____ **Fecha** _____ **Hora** _____