



Derechos del paciente y notificación sobre el derecho de propiedad del médico

TODOS LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A QUE SE LOS TRATE COMO PERSONAS Y A PARTICIPAR ACTIVAMENTE, Y TOMAR DECISIONES INFORMADAS ACERCA DE SU ATENCIÓN MÉDICA. EL ESTABLECIMIENTO Y EL PERSONAL MÉDICO HAN ADOPTADO LOS SIGUIENTES DERECHOS Y RESPONSABILIDADES CORRESPONDIENTES AL PACIENTE, QUE SE COMUNICAN A CADA PACIENTE, O A SU REPRESENTANTE O SUSTITUTO ANTES DEL PROCEDIMIENTO O LA CIRUGÍA

DERECHOS DEL PACIENTE:

- Recibir tratamiento sin que se lo discrimine por motivo de raza, color, religión, condición sexual, nacionalidad, discapacidad u origen de su pago.
- Recibir atención considerada, respetuosa y digna.
- Gozar de privacidad y seguridad durante la prestación de servicios de atención al paciente.
- Recibir información por parte de su médico acerca de su enfermedad, el desarrollo de su tratamiento y sus posibilidades de recuperación en términos que pueda comprender.
- Recibir toda la información acerca de cualquier tratamiento o procedimiento propuestos que necesite con el fin de dar consentimiento informado antes del comienzo de cualquier procedimiento o tratamiento.
- Cuando proporcionar información de esa índole a un paciente no sea aconsejable desde el punto de vista médico, la información se proporciona a una persona designada por el paciente, o a una persona legalmente autorizada que pueda recibirla.
- Tomar decisiones acerca de la atención de la salud que el médico recomiende. Por consiguiente, el paciente puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico recomendado. Si se rechaza el tratamiento, el paciente tiene derecho a recibir información acerca del efecto que esto puede tener en su salud, y la razón por la cual el paciente rechaza el tratamiento debe informarse al médico y documentarse en el registro médico.
- No ser sometido a abuso mental ni físico, ni explotación durante el transcurso de la atención del paciente.
- Gozar de total privacidad en cuanto a su atención médica. El análisis de los casos, las consultas, los exámenes y el tratamiento son confidenciales, y deben realizarse en forma discreta.
- Recibir un trato confidencial con respecto a todas las comunicaciones y todos los registros relacionados con su atención y su estadía en el establecimiento. Se debe obtener su permiso por escrito antes de que sus registros médicos puedan ponerse a disposición de cualquier persona no relacionada directamente con su atención. El establecimiento ha dispuesto políticas que regulan el acceso a los registros de los pacientes y la realización de copias.
- Recibir atención en un entorno seguro, libre de todo tipo de abuso, negligencia, acoso o represalia.
- Recibir atención con una continuidad razonable y saber, con anticipación, la hora y el lugar de las citas y quiénes serán los médicos que proporcionarán la atención.
- Recibir información, por parte del médico o un delegado de su médico, sobre los requisitos para la continuidad de la atención de la salud después de su alta del establecimiento.

- Para cambiar de proveedor es fother clasificó los proveedores están disponibles.
- Conocer la identidad y la condición profesional de las personas que les proporcionan servicios, y conocer el nombre del médico que es responsable, en primer lugar, de la coordinación de su atención.
- Saber qué normas y políticas del establecimiento se aplican a su comportamiento mientras sea paciente.
- Solicitar que todos los derechos del paciente se apliquen a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar decisiones sobre la atención médica en nombre del paciente. Todo el personal debe respetar los derechos del paciente.
- Recibir información acerca de cualquier investigación, o de cualquier tratamiento o fármaco en experimentación, y negarse a participar en las investigaciones que se realicen sin que esto perjudique la atención del paciente. Debe obtenerse el consentimiento escrito del paciente para la participación en investigaciones y debe conservarse en los registros del paciente.
- Examinar y recibir una explicación sobre su factura, independientemente del origen del pago.
- Recibir una evaluación y un tratamiento del dolor apropiado.
- Recibir asesoramiento si el médico que brinda la atención tiene un interés financiero en el centro de cirugía.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

- Hacer todo lo posible por brindar información completa y precisa sobre su salud, sobre cualquier medicamento, incluidos los productos de venta libre y suplementos dietarios, y sobre cualquier tipo de alergia o sensibilidad.
- Seguir el plan de tratamiento indicado por su proveedor, incluidas las instrucciones preoperatorias y de alta.
- Proporcionar la asistencia de un adulto responsable para trasladarse a su hogar desde el establecimiento y permanecer con él durante 24 horas, si así lo requiere el proveedor.
- Informar al proveedor sobre cualquier testamento vital, poder notarial médico y otra directiva de atención médica anticipada en vigencia.
- Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por su seguro.
- Ser respetuoso de todo profesional de la salud y del personal, así como otros pacientes.

Si necesita un intérprete:

Si necesita un intérprete, notifíquenoslo y se le proporcionará uno. Si conoce a alguna persona que pueda traducir información confidencial, médica y financiera para usted, pídale que lo acompañe el día en que se realice su procedimiento.

Derechos del paciente y respeto por los bienes y las personas

El paciente tiene derecho a:

- Ejercer sus derechos sin que se lo discrimine ni se le apliquen represalias.
- Presentar quejas con respecto al tratamiento o la atención que se proporciona o que no se proporciona.
- Recibir información detallada acerca de un tratamiento o procedimiento y del resultado previsto antes de su realización.
- La confidencialidad de la información médica personal.

- The Digestive Health Center complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.
- The Digestive Health Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
- The Digestive Health Center respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.
- The Digestive Health Center 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

Privacidad y seguridad

El paciente tiene derecho a:

- La privacidad personal
- Recibir atención en un entorno seguro
- No ser sometido a ninguna forma de abuso o acoso

Directivas anticipadas

Una “Directiva anticipada” es un término general que se refiere a sus instrucciones sobre su atención médica en caso de que no pueda expresar estas instrucciones por sí solo. Cada estado regula las directivas anticipadas de modo diferente. Las leyes del ESTADO en relación con las Directivas anticipadas se encuentran en el Estatuto de Nevada 449.535-715:

En el estado de Nevada, todos los pacientes tienen derecho a especificar su deseo con respecto a su tratamiento médico futuro en ciertas condiciones especificadas. Existen dos tipos de Directivas anticipadas: El primero es el Testamento en vida, y el segundo es el Poder notarial permanente para la atención médica. Usted tiene derecho a tomar una decisión informada sobre su atención, que incluye información con respecto a las Directivas anticipadas y la política de este establecimiento en cuanto a las Directivas anticipadas. A solicitud, se proporcionarán los formularios correspondientes del estado. Un integrante de nuestro equipo analizará las Directivas anticipadas con el paciente (o el representante o sustituto del paciente) antes de que se realice el procedimiento.

Digestive Health Center respeta el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención. El Centro ha adoptado la posición de que un centro de cirugía ambulatoria no es el entorno más adecuado para decisiones relacionadas con el final de la vida. Por consiguiente, es parte de la política de este centro quirúrgico que ante la ausencia de una Directiva anticipada correspondiente correctamente otorgada, en caso de deterioro del estado de salud del paciente durante el tratamiento en el centro de cirugía, el personal del centro iniciará medidas de reanimación o de estabilización de otro tipo. El paciente será trasladado a un hospital de atención aguda, donde se tomarán las futuras decisiones de tratamiento.

Si el paciente cuenta con Directivas anticipadas proporcionadas al centro de cirugía con un impacto en las medidas de reanimación tomadas, analizaremos el plan de tratamiento con el paciente y su médico para determinar el curso de acción adecuado que debe tomarse con respecto a la atención del paciente.

Reclamaciones o quejas: Si tiene un problema o reclamación, hable con un integrante de nuestro equipo para tratar su inquietud. Si es necesario, su problema se remitirá a la gerencia del centro para su resolución. Usted tiene derecho a que se investiguen sus reclamaciones

orales o escritas y a recibir una notificación por escrito de las medidas tomadas.

A continuación, se mencionan las personas o los organismos con quienes puede comunicarse:

Laura Kennedy, Jefe del Centro
5250 Kietzke Lane
Reno, NV 89511
775-829-8855

Puede comunicarse con el estado para informar una queja:

Nevada Department of Health and Human Services
4126 Technology Way, Room 100
Carson City, NV 89706-2009

Sitio web del estado: http://dpbh.nv.gov/Reg/HealthFacilities/dta/Complaints/Health_Facilities_-_Complaints/
775-684-1030

Los beneficiarios de Medicare también pueden presentar una queja ante el Defensor de Beneficiarios de Medicare. **Sitio web del Defensor de Medicare**

www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html

Medicare: www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Oficina del Inspector General: <http://oig.hhs.gov>

Este establecimiento está acreditado por la Asociación de Acreditación de Atención Médica Ambulatoria (Accreditation Association for Ambulatory Health Care, AAAHC). Las reclamaciones o las quejas también pueden presentarse a través de ABACK: 5250 Old Orchard Road, Suite 200, Skokie, IL 60077, (847) 853-6060 o correo electrónico: info@aaahc.org

Derecho de propiedad del médico

Derecho de propiedad e interés financiero del médico: El centro es propiedad, en parte, de los médicos. Es posible que el (los) médico(s) que lo remitió (remitieron) a este centro y que le realizará(n) su(s) procedimiento(s) tenga(n) una participación financiera y un derecho de propiedad en relación con este centro. Los pacientes tienen derecho a recibir tratamiento en otro establecimiento de atención de la salud que elijan. Revelamos esta información de conformidad con las reglamentaciones federales.

LOS SIGUIENTES MÉDICOS TIENEN UN INTERÉS FINANCIERO EN EL CENTRO:

Dr. De Jonghe, Dr. Gilles, Dr. Nourani, Dr. Pfau, Dr. Sefcik, Dr. Sheykhzadeh, Dr. Vagujhelyi, Dr. Yamamoto

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA POLÍTICA FINANCIERA DE DIGESTIVE HEALTH CENTER

1. Facturamos el seguro de nuestro paciente como cortesía. Por lo tanto, es responsabilidad de cada paciente proporcionarnos información de seguro actual y precisa. Para que podamos facturar su seguro, debemos tener su información de seguro antes de su procedimiento para obtener las autorizaciones requeridas. Si no lo hace, su proveedor de seguros puede negar su atención o se le facturará directamente por los servicios.
2. Al firmar a continuación, usted autoriza que sus beneficios de seguro sean pagados directamente al centro, y acepta ser responsable de pagar los servicios no cubiertos. Usted también acepta y verifica que la información que usted proporcione al centro es correcta a su mejor conocimiento
3. En el caso de que su seguro pague la totalidad o parte de los cargos del centro, usted autoriza al centro a presentar una reclamación de pago al seguro asignado. El centro no está obligado a hacerlo a menos que bajo contrato con el seguro u obligado por una regulación de una agencia estatal o federal para procesar dicha reclamación.
4. Todos los copagos/honorarios serán recaudados en el momento del servicio 2 semanas antes de su procedimiento.
5. El dinero requerido antes de su procedimiento es nuestra mejor estimación que incluye la porción que su seguro no paga (por ejemplo, en un plan del 80/20% su compañía de seguro pagará el 80% y usted es responsable de los 20%) restantes y cualquier deducible no cumplido.
6. En base a qué oficina se le proporciona su cuidado, usted puede recibir declaraciones de Digestive Health Associates, Northern Nevada Endoscopy Center, proveedor de patología, y/o Northern Nevada Professional Services. Cada una de estas entidades puede asociarse directa o indirectamente con su atención desde nuestro centro. En el improbable caso de que nuestra estimación de sus gastos de bolsillo sea superior a los costos reales de su bolsillo, por su firma a continuación, usted está autorizando específicamente a Northern Nevada Endoscopy ASC para transferir cualquier pago excesivo para satisfacer cualquier saldo pendiente con Digestive Health Associates para la misma fecha de servicio. Una vez que todos los saldos adeudados al centro y a los asociados de salud digestiva han sido satisfechos, cualquier pago excesivo será reembolsado a usted de inmediato.
7. Si el pago de su seguro no se recibe dentro de los 60 días siguientes a la presentación de su reclamo, usted puede ser facturado por el monto total de los cargos. Una vez que nuestra oficina de facturación haya recibido el pago de su (s) seguro (s), se le facturará por las responsabilidades restantes del paciente (por ejemplo, copagos, deducibles, coaseguro). Cualquier saldo que no se pague dentro de 60 días de recibir una factura de nuestra oficina será enviado a la empresa de colecciones.
8. Para los pacientes no asegurados, el pago de la visita de la oficina es debido en lleno en el momento del servicio.
9. En caso de que necesite cancelar su cita para su procedimiento, se le pedirá que proporcione un aviso de 48 horas laborales. Si no lo hace o si usted es un "no-show" en su procedimiento programado, resultará en un cargo de \$100 que se le pedirá que pague en su totalidad antes de su próxima visita.
10. Habrá un cargo de \$. 60/por página por ley del estado de Nevada para las copias de cualquier expediente médico/PHI. Véase NRS 629,061.

DHC acepta débito, MasterCard, Discover y VISA para su conveniencia para todos los servicios.

Es nuestro deseo mantener nuestros gastos operativos lo más bajos posible para que podamos pasar estos ahorros a nuestros pacientes. Si tiene alguna pregunta con respecto a estas pólizas, por favor llame a la oficina de negocios de Digestive Health Center (855) 451-6884.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo puede usarse y revelarse su información médica y cómo usted puede tener acceso a ella. Estúdielo con cuidado. A su solicitud, usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso.

Información médica del paciente

De acuerdo con las leyes federales, su información médica está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica incluye también información sobre pagos, facturación y seguros.

Cómo usamos y revelamos su información médica del paciente

Utilizamos su información médica con fines de tratamiento, para obtener pagos y para operaciones de atención de la salud, lo que incluye fines administrativos y de evaluación de calidad de la atención que usted recibe. En ciertas circunstancias, es posible que estemos obligados a revelar la información sin su autorización.

Ejemplos de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información médica para suministrarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeros, médicos y otros integrantes de su equipo de tratamiento registrarán información en su historia clínica y la usarán para determinar las opciones de atención más apropiadas. También podremos revelar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a farmacéuticos que provean sus medicamentos recetados y a familiares que ayuden con su atención.

Pago: Usaremos y revelaremos su información médica para obtener pagos. Por ejemplo, es posible que necesitemos la autorización de su compañía aseguradora antes de suministrar ciertos tipos de tratamiento. Entregaremos facturas y conservaremos registros de pagos de su plan de salud.

Operaciones de atención médica: Usaremos y revelaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, que incluyen la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento y de los resultados de su caso, y de otros como el suyo.

Usos especiales

Podemos usar su información para ponernos en contacto con usted y recordarle cuando tenga citas convenidas. También podemos comunicarnos con usted para suministrarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Otros usos y divulgaciones

Podemos usar o revelar información médica sobre usted por otras razones, incluso sin su consentimiento. Con sujeción a ciertos requisitos, estamos autorizados a entregar información médica sin su consentimiento en los siguientes casos o con los siguientes fines:

Cuando está exigido por ley: Probablemente nos veamos obligado por ley a informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos semejantes.

Fines de investigación: Podemos usar o revelar información para investigaciones médicas autorizadas.

Actividades de salud pública: Según lo exijan las leyes, podemos revelar a las autoridades sanitarias estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro de productos peligrosos del mercado y otros datos similares.

Supervisión de la salud: Es posible que estemos obligados a revelar información con el fin de ayudar en investigaciones y auditorías, determinar la elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos revelar información en respuesta a un emplazamiento u orden de un tribunal apropiado.

Fines relativos a la observancia de las leyes: Con sujeción a ciertas restricciones, podremos revelar información solicitada por funcionarios que trabajan en la observancia de las leyes.

Muertes: Podemos entregar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos.

Amenazas importantes para la salud o la seguridad: Podemos utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza importante para su salud o seguridad, o para la salud y seguridad del público o de un tercero.

Funciones militares o especiales del gobierno: Si usted es un integrante de las fuerzas armadas, podemos entregar información requerida por las autoridades del comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.

Compensación a trabajadores: Podemos revelar información sobre usted a programas de compensación de trabajadores o similares que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información médica que lo identifique. Si usted opta por firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o divulgación en el futuro.

Asociados comerciales: Podemos revelar su información médica a asociados comerciales (personas o entidades que desempeñan funciones en nuestra representación), siempre que acuerden proteger la información.

Mensajes: Podemos contactarnos con usted para enviarle recordatorios de citas, o para realizar facturaciones o cobros, y podemos dejar mensajes en su contestadora, correos de voz o utilizar otros métodos. En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o revelar información médica que lo identifique. Si usted opta por firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o divulgación en el futuro. Conforme al cumplimiento con excepciones limitadas, no utilizaremos ni revelaremos notas de psicoterapia, ni tampoco su información médica para fines de comercialización, ni venderemos su información médica, salvo que usted haya firmado una autorización.

Derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos relativos a su información médica. Comuníquese con el Director del Centro para obtener el formulario correspondiente para ejercer estos derechos.

Solicitud de restricciones: Usted puede solicitar que se apliquen restricciones a ciertos usos y revelaciones de su información médica. Nosotros no estamos obligados a aceptar dichas restricciones, pero si las aceptamos las cumpliremos. Asimismo, si usted ha pagado la totalidad de su tratamiento de atención médica con dinero propio, y solicita que limitemos la revelación de su información a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica, respetaremos su solicitud.

Comunicaciones confidenciales: Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; por ejemplo, enviando los avisos a una dirección especial o no usando tarjetas postales para recordarle sus citas.

Revisar y obtener copias: En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Es posible que se cobre un pequeño monto por las copias.

Corregir información: Si usted cree que la información de su historia clínica es incorrecta, o que falta algún dato importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o que agreguemos los datos que falten.

Relación de revelaciones: Usted puede solicitar una lista de los casos en que hemos revelado su información médica por razones que no se relacionan con tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud.

Nuestras obligaciones legales

Las leyes nos obligan a proteger y mantener la privacidad de su información médica, a entregarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y a cumplir los términos del Aviso actualmente vigente.

Cambios en las prácticas de privacidad

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, modificaremos nuestro Aviso y colocaremos el nuevo Aviso en la zona de espera y en todos los consultorios. Usted también puede solicitar en cualquier momento una copia de nuestro Aviso. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más abajo.

Quejas

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de su historia clínica, puede comunicarse con la persona indicada más abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. A su solicitud, la persona indicada más abajo le indicará cuál es la dirección adecuada para el envío. Usted no sufrirá penalización alguna por presentar una queja.

Persona de contacto

Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, comuníquese con: Laura Kennedy, Jefa del Centro, llamando al (775) 829-8855

DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Autorizo al Centro, mi médico de admisión u otros médicos que me brinden servicio a divulgar la totalidad o parte de mi historia clínica siempre que las leyes o las reglamentaciones gubernamentales lo requieran o permitan, cuando se requiera para la presentación de

cualquier reclamación de seguro por pago de servicios o a cualquier médico responsable de continuar la atención médica.

El/la abajo firmante certifica que ha leído y comprendido lo antedicho y acepta plenamente todos los términos especificados anteriormente.

Firma del paciente o parte responsable

Nombre en letra de imprenta

Parentesco o relación con el paciente

Fecha de la firma

Testigo del personal que solicita el acuse de recibo

Fecha de la firma