



## CONDICIÓN DE ADMISIÓN AL CENTER FOR ADVANCED SURGERY

EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE LEGALMENTE AUTORIZADO ACEPTA LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

- 1. CONSENTIMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO:** El paciente está bajo el control de su médico de cabecera y el centro no es responsable de seguir las instrucciones de dichos médicos. El paciente reconoce que los contratistas independientes, es decir, el cirujano, el patólogo, el anestesiólogo o el laboratorio presentarán facturas por separado de los servicios prestados al paciente.
- 2. PROGRAMAS DE ENSEÑANZA:** Algunos servicios pueden ser proporcionados al paciente por personas en entrenamiento bajo la supervisión e instrucción de su médico o del personal de enfermería del centro si él participa en un programa de residencia. Estas personas también pueden observar la atención según las indicaciones de su médico o del personal de enfermería del centro.
- 3. INVESTIGACIÓN MÉDICA:** La información puede ser revelada para su uso en estudios médicos e investigación médica.
- 4. COMPENSACION DE TRABAJADORES:** El centro reconoce que los casos de compensación del trabajador son responsabilidad exclusiva de la aseguradora del empleador y que el paciente no es financieramente responsable. En el caso de que se encuentre que la lesión no está relacionada con el trabajo o no está cubierta por el seguro de compensación del trabajador luego de la notificación de dicha denegación, se encontrará que el paciente es financieramente responsable. El paciente es responsable de iniciar el formulario 102 para calificar la reclamación por lesiones industriales.
- 5. ACUERDO FINANCIERO:** En consideración a los servicios prestados a mi persona, me comprometo a pagar la cuenta con la instalación. Si la cuenta se remite a un abogado o al servicio de cobro de licencias, pagaré los honorarios razonables de los abogados y los gastos de cobro. Además, reconozco que proporcioné todos los planes de seguro médico en el momento de la admisión y además entiendo que si no divulgo toda la información solicitada, seré responsable de los gastos incurridos en este establecimiento.
- 6. REEMBOLSO BAJO CONTRATOS DE ATENCIÓN GESTIONADA:** La instalación tiene contratos especiales con algunas compañías de seguros y otros pagadores a los que el reembolso puede o no tener relación con los cargos. El paciente o el seguro no están obligados a pagar ningún saldo por encima de la tarifa contratada, ni el paciente o el asegurado tienen derecho a un reembolso en caso de pago excesivo por parte del transportista de acuerdo con la tarifa permitida.
- 7. ASIGNACIÓN DE MEDICARE:** El Center For Advanced Surgery es un proveedor participante de Medicare. Aceptaremos la asignación de Medicare. El paciente será responsable del pago de cualquier deducible anual y del 20% del seguro no pagado por Medicare o por la compañía de seguros secundaria.
- Entiendo que, como cortesía, el Centro archivaré solo mi seguro primario y secundario. Después de 60 días a partir de la fecha de servicio, el saldo total será considerado adeudado y pagadero por el paciente.

### ASIGNACIÓN Y EXENCIÓN:

Autorizo la divulgación de esa parte del registro, que se requiere para presentar reclamaciones y cobrar tarifas de las compañías de servicios médicos, compañías de seguros, aseguradoras de compensación al trabajador, fondos de asistencia social o empleadores. Además, autorizo a cualquier hospital a divulgar el resumen pertinente del alta / informe operativo de una transferencia / admisión a un hospital local como resultado de un procedimiento realizado en este centro. También solicito el pago de los beneficios del gobierno a mí mismo o al proveedor que acepta la asignación de beneficios. Una copia fotostática de esta asignación será válida como el original. El paciente o su representante autorizado certifican que él / ella ha leído y comprendido lo anterior, recibió una copia del mismo y está autorizado para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Testigo

Seleccione uno:  Paciente  Asegurado  Padre de menor de edad  Guardián nombrado por la corte

### DIRECTIVAS AVANZADAS

#### A. RECIBO DE INFORMACIÓN Y COMPRENSIÓN. EL PACIENTE CERTIFICA QUE EL / ELLA:

- Ha recibido una copia de los Derechos del paciente y entiende la política de directivas anticipadas del establecimiento
- Ha sido informado del proceso de quejas del establecimiento
- Entiende que no es necesario que tenga una directiva anticipada antes de recibir tratamiento médico

#### B. POSICIÓN DEL PACIENTE SOBRE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

El paciente ha optado por ejecutar las siguientes directivas anticipadas:

- Poder de atención médica  Testamento  Poder combinado de abogado/testamento  DNR
- El paciente ha proporcionado copias de las directivas anticipadas que se incluirán en su registro médico.
  - El paciente no ha proporcionado copias de las directivas anticipadas que se incluirán en su registro médico.
  - El paciente no tiene actualmente una directiva anticipada y no desea hacer una en este momento.
  - El paciente tiene uno en el archivo de la admisión previa y no desea cambiar las instrucciones anticipadas.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Testigo

Relación: \_\_\_\_\_  Paciente incapaz de firmar médica y / o físicamente

Si se indica DNR arriba, es porque el medico revisó el DNT con el paciente:

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_