

Información de Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Residencial #: _____ Teléfono móvil #: _____

Correo Electrónico: _____ Estado Civil: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Información del Seguro

Seguro Primario: _____ Nombre del Asegurado: _____

ID de miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de Grupo: _____

Si corresponde

Seguro secundario: _____ Nombre del Asegurado: _____

ID de miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de Grupo: _____

Acuerdo de Cesión de Beneficios y Autorización

En consideración a los gastos médicos incurridos, yo, el abajo firmante, por la presente reconozco que cuento con seguro médico y/o cobertura de beneficios de salud para empleados, según lo detallado anteriormente. Cedo y transfiero directamente al Centro de Cirugía Ambulatoria Barrington todos los beneficios médicos y/o reembolsos de seguros, si corresponde, que de otro modo me corresponden por los servicios prestados por el médico y el centro.

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier pago de seguro o beneficios aplicable.

Por la presente, autorizo al médico a:

1. Divulgar toda la información médica necesaria para procesar esta reclamación.
2. Obtener, previa solicitud por escrito, cualquier documento del plan, póliza de seguro o información de liquidación de cualquier administrador del plan, fiduciario, aseguradora o abogado para obtener dichos beneficios o reembolsos.

Además, autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de reclamos de seguros y/o beneficios de salud para empleados.

Transferencia de derechos:

Por la presente, cedo al médico y al centro nombrados, en la máxima medida permitida por la ley y bajo cualquier póliza de seguro o plan de salud para empleados aplicable, cualquier reclamación, derecho o causa de acción que pueda tener para obtener beneficios de seguro o atención médica por gastos médicos incurridos. Esta cesión incluye, entre otros, el derecho a reclamar beneficios médicos, reembolsos de seguros y cualquier recurso aplicable.

En respuesta a cualquier solicitud razonable, me comprometo a cooperar con el médico y el centro en la presentación de reclamaciones, derechos o acciones legales contra las aseguradoras o los planes de salud para empleados. De ser necesario, autorizo al médico y al centro a iniciar procedimientos legales en mi nombre, a su cargo, para presentar dichas reclamaciones o derechos.

Cláusula anticesión

Si esta cesión está prohibida en parte o en su totalidad bajo alguna disposición anti-cesión de mi póliza/plan, por favor avise y revele a mi proveedor por escrito dicha disposición anti-cesión dentro de los 30 días siguientes a la recepción de mi sesión; de lo contrario, se debe esperar razonablemente que esta cesión sea efectiva y se renuncia a dicha anti-cesión.

Plazo y Vigencia

Esta cesión permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de este acuerdo tiene la misma validez que el original. He leído y comprendido completamente los términos de este acuerdo.

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____



Acuerdo de Reconocimiento del Paciente y Política Financiera

Agradecemos su preferencia como paciente en nuestra clínica. Nos comprometemos a brindarle atención de la más alta calidad. Como parte de nuestro compromiso con su seguridad y comodidad, nuestro Centro de Cirugía Ambulatoria cumple con estrictas normas para demostrar nuestro compromiso con la atención de calidad al paciente.

Para mejorar su experiencia y seguridad, ofrecemos nuestro propio quirófano para procedimientos, eliminando así la necesidad de hospitalizar. A continuación, encontrará información importante sobre el proceso de facturación y sus responsabilidades:

Proceso de facturación y explicación de beneficios (EOB):

1. Para su procedimiento, recibirá tres Explicaciones de Beneficios (EOB) de su compañía de seguros. Estas **NO** son facturas, sino que explican los beneficios que paga y permite su seguro. Las EOB cubrirán:
 - **Servicios médicos**
 - **Centro de cirugía ambulatoria (Barrington Ambulatory Surgery Center)**
 - **Servicios de anestesia (Pinnacle Anesthesia Ltd.)**
2. La **tarifa de las instalaciones** incluye la utilización de la sala de operaciones/procedimientos, la sala de recuperación, los suministros médicos quirúrgicos y todo el equipo utilizado.
3. Tenga en cuenta que, si bien su médico puede estar dentro de la red de su seguro, Barrington Ambulatory Surgery Center Puede que no sea así. Como resultado:
 - Los pagos por la instalación pueden ser enviados directamente a usted por su compañía de seguros.
 - Si esto ocurre, le solicitamos que se comunique con Barrington Ambulatory Surgery Center servicio de facturación al (847) 865-8684 inmediatamente y reenvíe el pago para garantizar el procesamiento adecuado.

Asistencia de servicios de facturación:

- Nuestro consultorio se compromete a garantizar que ningún paciente se vea privado de la atención que necesita en nuestras instalaciones.
- Nuestro servicio de facturación podría contactarle para agilizar el pago de su procedimiento.
- Trabajamos diligentemente con su aseguradora y podríamos necesitar su ayuda con respecto a su reclamación.

Para cualquier pregunta sobre su cobertura de seguro, comuníquese con:

- **Barrington Ambulatory Surgery Center billing service:** (847) 865-8684 (Facility bill inquiries)
- **Pinnacle Anesthesia, Ltd. billing service:** (847) 865-8684 (Anesthesia bill inquiries)

Reconocimiento de Comprensión: Reconozco haber leído y comprendido la información anterior. Acepto cumplir con las políticas y procedimientos descritos en relación con la facturación y el pago.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Gracias por confiarnos su atención. Su salud y el alivio del dolor son nuestras principales prioridades.

Exención de comunicaciones

Por la presente, Barrington Ambulatory Surgery Center se compromete a mantener la confidencialidad de la comunicación sobre mi información de salud cumpliendo con las siguientes solicitudes de comunicación:

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

¿Está bien dejar un mensaje de voz? ☐ Si ☐ No

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

¿Está bien dejar un mensaje de voz? ☐ Si ☐ No

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia, proporcione el nombre de un contacto al que podamos llamar para brindarle su información médica:

Nombre de Contacto: _____ Relacion: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

¿Está bien dejar un mensaje de voz? ☐ Si ☐ No

Otro personal autorizado:

Puede dejar un mensaje o información médica a las siguientes personas:

Nombre de Contacto: _____ Relacion: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

¿Está bien dejar un mensaje de voz? ☐ Si ☐ No

Nombre de Contacto: _____ Relacion: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

¿Está bien dejar un mensaje de voz? ☐ Si ☐ No

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA ("AVISO")

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. TAMBIÉN DETALLA CÓMO USTED O SU REPRESENTANTE PERSONAL PUEDEN OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso describe cómo nuestro consultorio, junto con nuestros profesionales de la salud, empleados, voluntarios, practicantes y personal, puede usar y divulgar su información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, así como para otros fines descritos en este Aviso. Entendemos que su información médica es personal y nos comprometemos a protegerla. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nuestro consultorio.

Este Aviso también detalla su derecho a acceder y controlar su información médica. Esta información incluye datos demográficos que pueden identificarlo y que se relacionan con su salud o condición física o mental pasada, presente y futura, así como con los servicios de atención médica relacionados. Normalmente, esta información médica incluirá síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes de atención futura.

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y cumplir con los términos de este Aviso. Podemos modificar los términos de este Aviso en cualquier momento. El nuevo Aviso se aplicará a toda la información médica que mantenemos, tanto actual como futura. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia revisada, ya sea por correo postal o en persona en nuestra oficina.

1. Usos y Divulgaciones de Información Sanitaria Protegida Su información médica puede utilizarse y divulgarse para fines de tratamiento, pago y atención médica. A continuación, se presentan ejemplos de cómo utilizamos y divulgamos su información médica.

a. Tratamiento: Podemos usar y divulgar su información médica para proporcionar, coordinar o gestionar su tratamiento médico o cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero que ya haya obtenido su permiso para acceder a su información médica. Por ejemplo, podríamos divulgar su información médica a una agencia de atención médica domiciliaria que le brinde atención. También podemos divulgar su información médica a otros médicos que lo estén tratando, como un médico al que haya sido derivado, para asegurarnos de que cuente con la información necesaria para diagnosticar o tratar. Además, podemos divulgar su información médica a otro médico o profesional de la salud, como un laboratorio.

b. Pagos: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago del tratamiento y los servicios que recibe de nosotros. Por ejemplo, podríamos necesitar proporcionar a su plan de seguro médico información sobre su plan de tratamiento para que puedan determinar su elegibilidad o para obtener la aprobación previa del tratamiento planificado, como divulgar información médica relevante al plan de seguro médico para obtener la aprobación de su ingreso hospitalario.

c. Operaciones de Atención Médica: Podemos usar o divulgar su información médica para apoyar las actividades comerciales de nuestro consultorio. Estas actividades incluyen, entre otras, la revisión de nuestro trato hacia usted, evaluaciones del desempeño de los empleados, la capacitación de estudiantes de medicina, la concesión de licencias, actividades de marketing y recaudación de fondos, y la realización o coordinación de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme e indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información médica para recordarle su próxima cita. Podemos compartir su información médica con terceros "socios comerciales" que realizan actividades en nuestro nombre, como la facturación o la transcripción para el consultorio. Siempre que un acuerdo entre nuestro consultorio y un socio comercial implique el uso o la divulgación de su información médica, tendremos un contrato escrito que contiene términos que exigen al "socio comercial" proteger la privacidad de su información médica. Podemos usar o divulgar su información médica para brindarle información sobre alternativas de tratamiento, gestión de casos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos usar y divulgar su información médica para otras actividades de marketing. Por ejemplo, podemos usar su nombre y dirección para enviarle un boletín informativo sobre nuestra clínica y los servicios que ofrecemos, o podemos enviarle un recordatorio para renovar su receta médica actual o su equivalente genérico.

También podemos enviarle información sobre productos o servicios que consideremos que puedan serle beneficiosos. Puede contactar a nuestro **Contacto de Privacidad** para solicitar que no le enviemos estos materiales. Podemos usar o divulgar su información demográfica y las fechas en que recibió tratamiento médico, según sea necesario, para contactarlo en relación con actividades de recaudación de fondos que apoya nuestra oficina. Si no desea recibir estos materiales, comuníquese con nuestro **Contacto de Privacidad** para solicitar que no se los enviemos.

d. Intercambio de Información de Salud (HIE): Nosotros, junto con otros proveedores de atención médica y grupos de profesionales de la salud de la zona, podemos participar en un intercambio de información médica ("Intercambio"). Un Intercambio facilita el intercambio electrónico de información médica y de otra índole que permita la identificación individual de los pacientes entre los proveedores de atención médica que participan en el intercambio. A través del Intercambio, podemos divulgar electrónicamente información demográfica, médica, de facturación y otra información relacionada con su salud a otros proveedores de atención médica que participan en el Intercambio y que la soliciten para facilitar o proporcionar tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

2. Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos: Podemos usar o divulgar su información médica con su consentimiento o autorización en los siguientes casos, siempre que tenga la oportunidad de aceptar u oponerse a dicho uso o divulgación. Si no puede aceptar u oponerse, su médico utilizará su criterio profesional para determinar si la divulgación es lo mejor para usted..

a. Otros involucrados en su atención médica: Podemos divulgar su información médica a un familiar, pariente o amigo cercano si está directamente relacionada con su participación en su atención médica. Si no está de acuerdo ni se opone, podemos divulgar según nuestro criterio profesional, considerando que es lo mejor para usted.

b. Emergencias: Podríamos divulgar su información médica para tratamientos de emergencia. Si no logramos obtener su consentimiento en el momento del tratamiento, intentaremos obtenerlo tan pronto como sea razonablemente posible.

c. Barreras de comunicación: Si intentamos obtener su consentimiento pero no podemos debido a barreras de comunicación importantes, podemos divulgar su información médica basándonos en la suposición razonable de que usted tenía la intención de dar su consentimiento.

3. Sin su Consentimiento Autorización o Oportunidad de Objetar En determinadas situaciones, podemos usar o divulgar su información médica sin su consentimiento o autorización.:

a. Requerido por Ley: Podemos divulgar su información cuando lo requiera la ley federal, estatal o local..

b. Salud Pública: Podemos divulgar su información a las autoridades de salud pública para controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

c. Enfermedades transmisibles: Si lo autoriza la ley, podemos divulgar información a personas en riesgo de contraer o propagar una enfermedad contagiosa.

d. Supervisión de la Salud: Podemos divulgar su información a agencias de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y fines de licencia.

e. Abuso o Negligencia: Si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su información a las autoridades correspondientes.

f. Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podemos divulgar su información a la FDA para informes de eventos adversos, defectos de productos o vigilancia posterior a la comercialización.

g. Procedimientos Legales: Podemos divulgar su información en respuesta a una orden judicial, una solicitud de un tribunal administrativo u otros procesos legales.

h. Cumplimiento de la Ley: Podemos divulgar información médica, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables,

con fines de cumplimiento de la ley. Estos fines incluyen: (i) responder a una orden judicial, citación, requerimiento, requerimiento judicial o cualquier otro requisito legal; (ii) identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o

persona desaparecida; (iii) en relación con víctimas de un delito; (iv) sospechar que se ha producido un fallecimiento como consecuencia de una conducta delictiva; (v) en caso de que se produzca un delito en las instalaciones del consultorio; y responder a una emergencia médica (fuera de las instalaciones del consultorio) cuando sea probable que se haya producido un delito.

i. Médicos Forenses, Directores de Funerarias y Donantes de Órganos: Podemos divulgar información médica a un médico forense o legista con fines de identificación, para determinar la causa de la muerte o para permitirles realizar otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar información médica a directores de funerarias según sea necesario para el desempeño de sus funciones.

j. Investigación: Podemos usar y divulgar su información médica para fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para usar su PHI para fines de investigación, excepto cuando una Junta de Revisión Interna ("IRB") o una Junta de Privacidad haya determinado que la exención de su autorización satisface lo siguiente: (i) el uso o la divulgación no implica más que un riesgo mínimo para su privacidad con base en lo siguiente: (A) un plan adecuado para proteger los identificadores del uso y la divulgación indebidos; (B) un plan adecuado para destruir los identificadores lo antes posible de manera consistente con la investigación (a menos que exista una justificación de salud o de investigación para retener los identificadores o dicha retención sea requerida por ley); y (C) garantías adecuadas por escrito de que la PHI no será utilizada o divulgada a ninguna otra persona o entidad (excepto según lo requiera la ley) para la supervisión autorizada del estudio de investigación, o para otra investigación para la cual el uso o la divulgación estarían permitidos de otra manera; (ii) la investigación no podría llevarse a cabo de manera práctica sin la exención; y (iii) la investigación no podría llevarse a cabo de manera práctica sin el acceso y uso de la PHI.

k. Actividad Criminal: En cumplimiento con las leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica si lo consideramos necesario para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. También podemos divulgar información a las autoridades policiales si es necesario para la identificación o detención de un sospechoso.

l. Donación de Órganos y Tejidos: Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones involucradas en la obtención de órganos, trasplantes o donación de tejidos, según sea necesario para facilitar la donación de órganos o tejidos.

m. Actividad Militar y Seguridad Nacional: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar o divulgar información médica (i) según lo requieran las autoridades de mando militar; (ii) para que el Departamento de Asuntos de Veteranos determine su elegibilidad para recibir beneficios; o (iii) en el caso de personal militar extranjero, a la autoridad militar extranjera correspondiente. También podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluyendo los servicios de protección del Presidente u otras personas legalmente autorizadas.

n. Compensación Laboral: Podemos divulgar su información médica según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación laboral o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

o. Reclusos: Podemos usar o divulgar su información médica si usted es un recluso en un centro penitenciario y nuestra práctica creó o recibió su información de salud durante el curso de brindar atención.

p. Usos y Divulgaciones Requeridos: Según la ley, debemos hacerle divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con las normas de privacidad de la salud.

4. Declaración de sus Derechos con Respecto a su Información Médica Este documento describe brevemente sus derechos con respecto a su información médica y describe cómo puede ejercer estos derechos.

a. Derecho a Inspeccionar y Copiar su Información Médica: Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica generada en nuestro consultorio. Podemos cobrarle una tarifa razonable por copiar y enviar su historial médico. Si mantenemos alguna parte de su Información Médica Protegida (PHI) en formato electrónico, tiene derecho a recibirla en formato electrónico. No le cobraremos más que el costo de la mano de obra para proporcionarle versiones electrónicas de su PHI.

Para solicitar acceso a su historial médico, envíe una solicitud por escrito a nuestro Contacto de Privacidad a:
600 Hart Rd., Ste. 300, Barrington, IL 60010 or fax (847)842-3708.

Procesaremos su solicitud en un plazo de 30 días. Si denegamos su solicitud, recibirá una explicación por escrito de la denegación. Tenga en cuenta que es posible que no tenga derecho a inspeccionar ni copiar las notas de psicoterapia. En algunos casos, puede solicitar una revisión de la decisión de denegación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Contacto de Privacidad.

b. Derecho a Solicitar una Restricción de su Información Médica: Puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos parte de su información médica para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede solicitar que no divulguemos información específica a familiares o amigos que participen en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso. Para solicitar una restricción, debe: Indicar la restricción específica por escrito y especificar a quién desea que se aplique. También tiene derecho a restringir la información enviada a su plan de salud o aseguradora por servicios que pagó íntegramente de su bolsillo, sin presentar ninguna reclamación a su plan de salud o aseguradora.

c. Limitaciones a Nuestra Capacidad para Aceptar Restricciones: No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones. Si consideramos que permitir el uso y la divulgación de su información médica es lo mejor para usted, podríamos no acceder a su solicitud. Sin embargo, debemos aceptar una restricción si la divulgación se realiza para fines de pago o relacionados con las operaciones de atención médica y no está exigida por ley, o si la información se refiere a artículos o servicios de atención médica que usted ha pagado en su totalidad y no a través de su plan de salud. Si aceptamos una restricción, no usaremos ni divulgaremos su información médica en violación de dicha restricción, excepto en casos de emergencia.

d. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales: Tiene derecho a solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales a una dirección distinta a su dirección principal. Haremos todo lo posible para atender estas solicitudes. Envíe su solicitud por escrito a nuestro contacto de privacidad.

e. Enmienda de Información Médica: Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una corrección. Para ello, comuníquese por escrito con nuestro Contacto de Privacidad y solicite nuestro formulario de "Solicitud de Corrección de Información Médica". En ciertos casos, podríamos denegar su solicitud. En tal caso, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo.

f. Contabilidad de Revelaciones: Esto aplica a divulgaciones para fines distintos a tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, según se describe en este Aviso. Excluye las divulgaciones que hayamos realizado a usted, a familiares o amigos involucrados en su atención, o para fines de notificación. Para recibir información sobre las divulgaciones realizadas durante un período específico no mayor a seis (6) años, envíe su solicitud por escrito a nuestro Contacto de Privacidad. Le notificaremos por escrito el costo de preparar esta lista. En la medida en que mantengamos su PHI en formato electrónico, puede solicitar un informe de todas las divulgaciones electrónicas de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica durante los tres (3) años anteriores a dicha solicitud.

g. Usos y Divulgaciones Basados en Autorización Escrita: No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para fines no contemplados en este Aviso o exigidos por ley sin su autorización por escrito. Ejemplos de divulgaciones que requieren su autorización incluyen: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos con fines de marketing, salvo que se cumplan condiciones específicas (p. ej., comunicación presencial, regalos de valor nominal, recordatorios para la renovación de ciertas recetas, etc.), y divulgaciones que impliquen la venta de PHI. Puede revocar su autorización en cualquier momento, excepto cuando ya hayamos recurrido a ella para tomar medidas.

h. Notificación de Incumplimiento: Tiene derecho a ser notificado si nosotros (o nuestro socio comercial) descubrimos una violación de su información médica protegida no segura.

i. Quejas: Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el



Secretario de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja, solicite un formulario de queja a nuestro contacto de privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Nota: No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Información de contacto:

Para comunicarse con nosotros por inquietudes sobre privacidad, comuníquese con:

Barrington Ambulatory Surgery Center
Atención: Responsable de Privacidad y Cumplimiento
600 Hart Road, Suite 300
Barrington, Illinois 60010
Phone: 847-810-2000
Fax: 847-842-3708

Reconocimiento

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este Aviso de prácticas de privacidad y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con su contenido.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Derechos del Paciente

1. **Derecho a una Atención Considerada y Respetuosa:** Usted tiene derecho a recibir una atención considerada y respetuosa de sus necesidades.
2. **Derecho a la privacidad:** Tiene derecho a que se respete su privacidad en lo que respecta a su atención médica. Las conversaciones, consultas, exámenes y tratamientos deben llevarse a cabo con discreción. Las personas que no estén directamente involucradas en su atención deben contar con su consentimiento para estar presentes.
3. **Derecho a la información sobre su atención:** Tiene derecho a obtener información clara y actualizada de su médico sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Si no es recomendable desde el punto de vista médico, se pondrá a disposición de la persona adecuada en su nombre. Tiene derecho a saber el nombre del médico que coordina su atención.
4. **Derecho al consentimiento informado:** Tiene derecho a recibir toda la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de cualquier procedimiento o tratamiento. Esto incluye comprender el procedimiento, los riesgos médicamente significativos y la duración prevista de la recuperación. También tiene derecho a saber el nombre de la persona que realizará el procedimiento.
5. **Derecho a la confidencialidad:** Todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención deben tratarse de forma confidencial, a menos que lo exija la ley.
6. **Derecho a un acceso razonable a los servicios:** El centro quirúrgico responderá razonablemente a sus solicitudes de servicios, brindándole evaluación, tratamiento o derivación según sea necesario. Podría ser transferido a otro centro si es médicamente necesario, pero solo después de recibir información completa sobre la necesidad y las alternativas a dicho traslado.
7. **Derecho a saber sobre las relaciones profesionales:** Tiene derecho a conocer cualquier relación entre el centro quirúrgico y otras instituciones sanitarias o educativas. Además, tiene derecho a conocer cualquier interés profesional o financiero de quienes lo atienden. El Dr. Chadi Yaacoub y el Dr. Hadi Moten son propietarios de este centro.
8. **Derecho a rechazar la experimentación humana:** Se le informará si el centro quirúrgico propone alguna experimentación humana que afecte su atención y usted tiene derecho a rechazar participar en dicha investigación.
9. **Derecho a la continuidad de la atención:** Tiene derecho a una continuidad razonable de la atención, incluyendo información sobre los horarios de citas y los médicos disponibles. Se le informará sobre sus necesidades de atención médica continua tras el alta.
10. **Derecho a examinar su factura:** Usted tiene derecho a examinar y recibir una explicación de su factura, independientemente de la fuente de pago.
11. **Derecho a conocer las reglas del Centro:** Usted tiene derecho a estar informado sobre cualquier norma o reglamento del centro quirúrgico que se aplique a su conducta.
12. **Derecho a presentar quejas:** Usted o su representante tienen derecho a estar informados sobre el proceso de quejas. Deben reportar cualquier inquietud sobre su atención o seguridad. Puede comunicarse con la enfermera jefe, el Departamento de Salud Pública de Illinois (1-800-252-4343) o la Comisión Conjunta (800-994-6610) para obtener ayuda.
13. **Derecho a directivas anticipadas:** Tiene derecho a una directiva anticipada, como un testamento vital o un apoderado para atención médica. Sin embargo, este centro no acepta directivas anticipadas. Puede encontrar más información sobre directivas anticipadas en www.idph.state.il.us.
14. **Derecho al manejo del dolor:** Sus inquietudes sobre el dolor se tomarán en serio. Recibirá información sobre las opciones para el manejo del dolor y el personal se compromete a responder con prontitud a los reportes de dolor.

Responsabilidades del paciente

1. **Respeto por los demás:** Sea considerado con los demás pacientes y el personal, y ayude a minimizar el ruido, el tabaquismo y otras distracciones.
2. **Respeto por la propiedad:** Usted es responsable de respetar la propiedad de los demás y las instalaciones.
3. **Responsabilidad financiera:** Usted es responsable de cumplir con sus obligaciones financieras con el centro quirúrgico.
4. **Adherencia a las reglas:** Debe respetar las normas y reglamentos del centro quirúrgico que se apliquen a su atención.
5. **Comprender su tratamiento:** Usted es responsable de comprender el curso de tratamiento planificado y de comunicar cualquier confusión o inquietud.
6. **Cumplir con las citas:** Usted es responsable de cumplir con las citas programadas y notificar al centro si no puede asistir.
7. **Proporcionar información precisa:** Debe proporcionar información completa y precisa sobre sus problemas de salud actuales, historial médico, medicamentos y cualquier cambio en su condición.
8. **Seguir instrucciones:** Siga las normas establecidas en el centro durante su estancia. Si no sigue las instrucciones, podría perder el derecho a recibir atención en el centro y ser responsable de las consecuencias.
9. **Comunicación sobre el manejo del dolor:** Consulte a su médico sobre las expectativas y el manejo del dolor, analice las opciones y ayúdele a evaluar su dolor. Informe a su médico si el dolor no se alivia y coméntale cualquier inquietud sobre los analgésicos.

Reconocimiento

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este Aviso de prácticas de privacidad y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con su contenido.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____



Formulario de autorización de apelación de miembros

Fecha _____

Nombre de miembro: _____

ID de miembro #: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al representante de facturación de Barrington Ambulatory Surgery Center a apelar ante la compañía de seguros mencionada a continuación en mi nombre.:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Solicitó además que toda la correspondencia relacionada con esta apelación se dirija a dicho representante durante todo el proceso. Entiendo que dichas comunicaciones pueden incluir información confidencial, incluyendo, entre otros, detalles médicos y financieros contenidos en mi expediente de seguro, relacionados con los servicios prestados en el Centro de Cirugía Ambulatoria Barrington, en relación con la apelación que se presenta.

Reconozco que esta información es privilegiada y confidencial, y solo se divulgará según lo especificado en esta autorización o según lo exija la ley. Esta autorización tendrá una validez de un año a partir de la fecha de su firma.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____