



2631 Forest Dr
Columbia, SC 29204
P:803-509-8532
F:803- 509-8533

Sandhills Endoscopy Center espera tener la oportunidad de servirle en su próximo procedimiento. Este paquete de información se proporciona como preparación para su examen. Por favor traiga los formularios adjuntos, completados y firmados el día de su examen:

- Autorización para divulgar información del paciente
- Formulario de registro de pacientes
- Lista de medicamentos actuales del paciente
- Admisión al centro de cirugía del paciente
- Declaración de privacidad del paciente
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Política de quejas del paciente
- Política de directivas anticipadas
- Información de preparación para la colonoscopia

Nuestro formulario de divulgación de registros médicos solo necesita su firma en este momento. Nuestro personal completará todos los campos aplicables por usted si es necesario divulgar algún registro.

Los pacientes pueden recibir facturas de varios proveedores. Por consultas y seguimientos se envían facturas por parte de Palmetto Endoscopia Profesionales. Para el análisis de tejido/biopsia, las facturas las envía Biopsy Diagnostics. Si se somete a una colonoscopia o EGD, Palmetto Endcopy Professionals le enviará una factura por los honorarios del médico y otra de Sandhills Endoscopy Center por los honorarios del centro. Dependiendo del tipo de procedimiento, también puede ocurrir una factura por anestesia.

Su seguro es su responsabilidad. Por favor verifique sus beneficios antes de su procedimiento. Los pacientes deberán pagar su copago, coseguro y/o deducible al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa y American Express. Cuando se proporcione información del seguro, solicitaremos el reembolso del seguro al proveedor de seguros. Cualquier cargo permitido no cubierto por el seguro será responsabilidad del paciente.

Tenga en cuenta que si no puede asistir a su cita, requerimos un aviso de 72 horas. Si la cita no se cancela al menos 24 horas antes de la hora programada, se aplicará un cargo de cancelación de \$100. Además, hay una tarifa de \$100 si no se presenta a una cita. Cómo se producen gastos de personal e instalaciones durante la preparación de su cita, usted será personalmente responsable de estos cargos. Traiga toda la información de su seguro y una identificación con fotografía a su cita además de su documentación.

2631 Bosque Dr
Columbia, Carolina del Sur 29204
Teléfono: 803-254-8449
F: 803-254-8984

Authorization to Release Patient Information

Información del paciente _____

Nombre completo del paciente (soltera/anterior) _____

DIRECCIÓN _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Divulgar información de _____

Nombre/Instalación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax #: _____

Información que se divulgará a Sandhills Endoscopy Center (dirección y número de teléfono arriba)

Fechas de visita: _____

☐ Notas de progreso ☐ Informes de patología ☐ Laboratorios/rayos X ☐ Informes operativos ☐ Colonoscopia

☐ EGD ☐ Estados de cuenta ☐ Admisión/alta hospitalaria ☐ H&P

Opción de entrega

☐ Enviado por fax ☐ Enviado por correo ☐ Recogido en el Centro de endoscopia Sandhills

Autorización para divulgar información médica protegida

Reconozco y por la presente doy mi consentimiento para que la información divulgada pueda contener información sobre alcohol, abuso de drogas, psiquiatría, pruebas de VIH, resultados de VIH o SIDA.*

Entiendo que: Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación.

A menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá en 12 meses.

Si el solicitante o receptor no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las Regulaciones Federales de Privacidad y pueda ser divulgada.

Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario.

Firma: _____ Testigo: _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____



2631 Bosque Dr
Columbia, Carolina del Sur 29204
Teléfono: 803-254-8449 Teléfono: 803-254-8984

REGISTRO DE PACIENTE (Patient Registration)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO

POSTAL _____ CONDADO _____

TELÉFONO (Casa) _____ (Celular) _____

Fecha de nacimiento _____ SSN _____ Raza ☐ Hispano/Latino ☐

Afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Rechazado

EMPLEADOR/OCUPACIÓN _____

¿PODRÍAMOS CONTACTARTE EN TU TRABAJO? ☐ SÍ ☐ NO

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE CONTACTO: _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO # _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (POR FAVOR TRAIGA CON USTED SUS TARJETAS DE SEGURO VIGENTES)

SEGURO PRIMARIO _____ GRUPO # _____

NÚMERO DE PÓLIZA _____ TITULAR DE LA PÓLIZA _____

SEGURO SECUNDARIO _____ GRUPO # _____

NÚMERO DE PÓLIZA _____ TITULAR DE LA PÓLIZA _____

POR FAVOR INDIQUE EL DOB ____ / ____ / ____ DEL TITULAR DE LA PÓLIZA Y SU
RELACIÓN CON USTED _____

CESIÓN DE BENEFICIOS

****TENGA EN CUENTA: PUEDE HABER (4) FACTURAS SEPARADAS PARA ESTE
SERVICIO**:**

(TARIFA DEL CENTRO DE ENDOSCOPIA, TARIFA DEL MÉDICO, TARIFA DE
LABORATORIO Y TARIFA DE ANESTESIA)

Autorizo a Sandhills Endoscopy Center a facturar y cobrar a mi compañía de seguros por los
servicios prestados. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO
Adeudado DESPUÉS DE PAGOS O NEGACIONES DEL SEGURO, ASÍ COMO DE
CUALQUIER COPAGO Y DEDUCIBLES.

FECHA DE FIRMA _____

INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN:

¿RECIBISTE TUS INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN? EN CASO NO, COMUNÍQUESE
CON EL CONSULTORIO DE SU MÉDICO O CON NUESTRO CONSULTORIO PARA QUE
PODEMOS AYUDARLE EN LA PREPARACIÓN PARA LA PRUEBA.

Patient Surgery Center Admission -Admisión al centro de cirugía del paciente

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

OTROS SERVICIOS PROFESIONALES: Entiendo que mi médico puede solicitar 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 radiología y patología son facturados por separado por esos médicos y laboratorios individuales.

OBJETOS DE VALOR PERSONALES: Se acuerda y entiende que el centro quirúrgico no será responsable de ningún bien personal que traiga un paciente al centro quirúrgico, incluidos, entre otros, dinero, joyas, documentos o cualquier otro artículo.

ACUERDO FINANCIERO: Aceptó que, en la medida necesaria para determinar la responsabilidad de pago y obtener el reembolso, el centro quirúrgico puede divulgar partes de mis registros financieros y/o médicos a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de todo o parte de los cargos del Centro (incluidos, entre otros, compañías de seguros, planes de servicios de atención médica o compañías de compensación laboral). Ya sea que firme como paciente o su agente, aceptó que, en consideración de los servicios prestados, será individualmente responsable de pagar al Centro todos esos servicios, según las tarifas y términos regulares del Centro en caso de que mi compañía de seguros niegue el pago. También será responsable de cualquier deducible o copago adeudado al momento de los servicios. Soy responsable del pago dentro de los 60 días siguientes a la fecha del servicio prestado, a menos que exista un contrato que el centro quirúrgico haya firmado con mi aseguradora que indique lo contrario. 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 relacionados con ello, si la cuenta del paciente está en mora. 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

Los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social o por cualquier otro pagador es correcto.

Asigné al Centro de Cirugía todos los beneficios que me corresponden según los términos de dichas políticas y programas, pero sin exceder los cargos regulares del Centro por servicios similares. Autorizo el pago de beneficios médicos al centro quirúrgico por los servicios prestados.

Por la presente reconozco las declaraciones anteriores. También reconozco que he recibido los siguientes artículos antes de la fecha del procedimiento

1. Derechos y Responsabilidades
2. Política sobre directivas anticipadas
3. Divulgación de propiedad
4. Política de Privacidad
5. Política de quejas
6. Política de Citas y Cancelaciones

Paciente_____Fecha_____ Hora_____

Testigo_____ Fecha_____ Hora _____

(En el caso de que el paciente sea menor de edad, esté inconsciente o no sea competente para reconocer una comprensión debido a una condición física o mental, complete lo siguiente).

Si es el representante personal del paciente, indique la relación y la autoridad:

Representante del Paciente:_____ Fecha:_____ Hora:_____



PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES (DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE)

Los pacientes, el representante del paciente y el sustituto de atención médica del paciente tienen:

➤ El derecho a una atención considerada y respetuosa, proporcionada en un entorno seguro y digno, libre de toda forma de discapacidad mental.

y abuso o acoso físico, así como explotación. El paciente, el representante del paciente o el sustituto del paciente pueden ejercer estos derechos sin importar el sexo o los antecedentes culturales, económicos, educativos o religiosos o la fuente de pago de la atención.

➤ El derecho a la plena consideración de la privacidad con respecto a su programa de atención médica. Los profesionales de la salud llevarán a cabo todas las discusiones, consultas, exámenes y tratamientos confidenciales de casos de manera discreta. Esto incluye el derecho a ser informado del motivo de la presencia de cualquier persona involucrada en su atención médica.

➤ El derecho a un tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con la atención del paciente y la visita al centro. (Excepto cuando la ley lo requiera, los pacientes tienen la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de sus registros). Si se divulgan comunicaciones y registros confidenciales, se deberá obtener el consentimiento por escrito del paciente. Si el paciente no puede hacerlo física o mentalmente, se requiere el consentimiento por escrito de la parte responsable del paciente.

➤ El derecho a acceder a la información contenida en su expediente médico dentro de un plazo razonable (dentro de las 48 horas siguientes a su solicitud, excluyendo fines de semana y feriados), para incluir información sobre diagnóstico, evaluación, tratamiento y pronóstico. Si es médicamente desaconsejable brindar dicha información al paciente, una persona designada por el paciente o una persona legalmente autorizada tendrá acceso a la información del paciente.

➤ El derecho a participar en el desarrollo e implementación del plan de atención del paciente y a participar activamente en las decisiones relativas a esta atención médica. En la medida permitida por la ley, esto incluye el derecho a solicitar y/o rechazar el tratamiento. Este derecho incluye información del médico del paciente sobre la enfermedad del paciente, el curso de tratamiento planificado (incluidos los resultados imprevistos) y las perspectivas de recuperación en términos que el paciente pueda comprender. Si se rechaza el tratamiento, se informará al paciente de las consecuencias del rechazo del tratamiento y se informará el motivo al médico y se documentará en el registro del paciente.

- El derecho a conocer que el médico que realiza el procedimiento puede tener interés financiero o propiedad en este ASC. Divulgación de esta información se hará por escrito y se proporcionará antes del inicio del procedimiento en un idioma y de la manera que el paciente, el representante del paciente o el sustituto del paciente lo comprende.
- El derecho a los servicios proporcionados en el centro y a respuestas razonables a cualquier solicitud razonable que el paciente, el representante del paciente o el sustituto del paciente puedan realizar para recibir servicios.
- El derecho a continuar con los requisitos e instrucciones de atención médica después del alta del paciente del centro.
- Los servicios del centro no están destinados a la atención de emergencia, por lo tanto, todos los profesionales dirigirán la atención fuera del horario de atención a la sala de emergencias más cercana. El paciente tiene derecho a recibir atención continuada fuera del horario de atención o durante la noche. Si no hay atención disponible en el ASC, el paciente será trasladado a un hospital.
- El derecho a examinar y recibir los honorarios por el servicio. Previa solicitud y antes del inicio de la atención o tratamiento, el derecho a recibir una estimación de los cargos del centro, posibles pagos del seguro y una estimación de cualquier copago, deducible u otros cargos no pagados por el seguro.
- El derecho a negarse a participar en investigaciones experimentales.
- El derecho a una copia escrita de la política del centro sobre directivas anticipadas en un idioma y de manera que el paciente, el representante del paciente o el sustituto del paciente comprendan. La información sobre las directivas anticipadas se pondrá a disposición del paciente, el representante del paciente o el sustituto del paciente, incluida una descripción de las leyes estatales relativas a las directivas anticipadas y los formularios oficiales de directivas anticipadas del estado, si se solicitan. La documentación que indique si el individuo ha ejecutado una directiva anticipada se colocará en el expediente de cada paciente.
- El derecho al conocimiento del proceso de acreditación del personal médico, previa solicitud.
- El derecho a conocer el nombre del médico que tiene la responsabilidad principal de coordinar la atención del paciente y los nombres y relaciones profesionales de otros médicos y proveedores de atención médica que atenderán al paciente y realizarán el procedimiento. El paciente tiene derecho a cambiar de médico de cabecera si hay otro disponible.

- El derecho a métodos comprensibles de marketing o publicidad utilizados por la instalación que identifiquen la competencia y habilidad de la organización.
 - El derecho a tanta información sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto como sea necesario para dar consentimiento informado o rechazar el curso del tratamiento. Excepto en emergencias, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos involucrados en el tratamiento, cualquier curso alternativo de tratamiento o no tratamiento y los riesgos involucrados en cada uno.
 - El derecho a saber si el médico del paciente tiene una cobertura de seguro de responsabilidad adecuada o si el médico no tiene un seguro contra negligencia.
 - El derecho a ser informado sobre el proceso de quejas del centro si el paciente desea comunicar una inquietud con respecto al tratamiento o la atención brindada.
 - Ser informado de su derecho a interrumpir la atención o abandonar el centro en contra del consejo del médico, así como a ser advertido de cualquier riesgo para el paciente al interrumpir la atención o abandonar el centro. ➤ El derecho a una evaluación y tratamiento adecuados del dolor.
 - El derecho a permanecer libre de reclusión o restricciones de cualquier forma que no sean médicamente necesarias o que se utilicen como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalias por parte del personal.
 - El derecho a que se notifique a un familiar del ingreso del paciente, así como a que se notifique al médico personal del paciente, si así lo solicita.
 - El derecho a expresar creencias espirituales y culturales.
- El derecho a información sobre los resultados de la atención del paciente, incluidos los resultados inesperados. ➤ El derecho a usar un teléfono y permitir la privacidad al realizar una llamada.
- El derecho a tener la seguridad de que se proporcionarán salvaguardas razonables para la protección y el almacenamiento de las pertenencias personales de los pacientes.
 - El derecho a una consulta y segunda opinión a su solicitud y a su cargo.

Patient, the Patient's Representative & the Patient's Health Care Surrogate Responsibilities

(Responsabilidades del paciente, del representante del paciente y del sustituto de atención médica del paciente)

El paciente, el representante del paciente y/o el sustituto del paciente deberán ser:

- Responsable de proporcionar información precisa sobre medicamentos junto con alergias y sensibilidades.
- Responsable de proporcionar información precisa y completa sobre las quejas actuales del paciente, enfermedades y hospitalizaciones pasadas y otros asuntos relacionados con su salud.
- Responsable de informar los riesgos percibidos en la atención del paciente y los cambios inesperados en la condición del paciente al médico responsable.
- Responsable de hacer preguntas sobre la información presentada por un miembro del personal sobre la atención del paciente o lo que se espera que haga el paciente.

Responsable de seguir el plan de tratamiento establecido por el médico del paciente, incluidas las instrucciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud que ejecutan las órdenes del médico.

- Responsable de cumplir con las citas y de notificar al centro o al médico cuando el paciente no puede hacerlo.
- Responsable de proporcionar información sobre el seguro médico y garantizar que las obligaciones financieras de la atención del paciente se cumplan lo antes posible.
- Responsable de las consecuencias si el paciente rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del médico.
- Responsable de seguir las políticas y procedimientos de la instalación.
- Responsable de ser respetuoso y considerado con otros pacientes y el personal de la organización. ➤ Responsable de ser respetuoso con las pertenencias de los demás en la instalación.
- Responsable del resguardo de los objetos de valor, los cuales deben dejarse en casa o con un cuidador designado. La ASC no se hace responsable por objetos personales perdidos, robados o rotos.

➤ Responsable de proporcionar un conductor adulto responsable para transportarlo desde las instalaciones. ➤ Estar disponible para participar en la toma de decisiones y proporcionar al personal conocimiento del paradero de la familia. ➤ Los padres/familia tienen la responsabilidad de continuar con su papel de padres en la medida de sus capacidades.

Estos derechos y responsabilidades enumerados aquí y en las páginas anteriores describen los conceptos básicos del servicio en Sandhills Endoscopy Center, LLC. Si cree que en algún momento nuestro personal no ha cumplido con una o más de las declaraciones durante su atención aquí, solicite hablar con el director médico, el administrador o el director de enfermería. Haremos todo lo posible para comprender su queja o inquietud. Corregiremos el problema que tenga si está bajo nuestro control y recibirá una respuesta por escrito.

Tava Cunningham, PharmD - Administrador de práctica

Kievers Cunningham, MD - Director médico

Si tiene inquietudes sobre la seguridad del paciente o la calidad de la atención en Sandhills Endoscopy Center, LLC, puede comunicarse con cualquiera de las siguientes organizaciones:

Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur:

<http://www.scdhec.gov/health/licen/complaint.htm>

(803) 545-4370

Sitio web de la Oficina del Defensor del Pueblo de los Beneficiarios de Medicare.

Medicare: 1-800-Medicare (Defensor del Pueblo) @

<http://www.medicare.gov/navigation/help-and-support/ombudsman.aspx> o

<http://www.cms.hhs.gov/ombudsman/resources.asp>

Patient Privacy Statement (Declaración de privacidad del paciente)

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente. Se le entregará una copia de este aviso.

Información de salud del paciente: Según la ley federal, la información de salud de su paciente está protegida y es confidencial. Esta información incluye información sobre sus síntomas, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información de salud incluye información de pago, facturación y seguro.

Cómo utilizamos su información de salud: utilizamos su información de salud para tratamiento, para obtener pagos y para operaciones de atención médica, incluidos fines administrativos y evaluación de la calidad de la atención que recibe. En algunas circunstancias, es posible que se nos solicite utilizar o divulgar la información sin su permiso. Excepto para los fines que se describen a continuación, usaremos y divulgaremos información de salud solo con su permiso por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro

Oficial de Privacidad de Práctica.

Ejemplos de atención, pago y operaciones de atención médica: Tratamiento: utilizaremos y divulgaremos su información de salud para brindarle tratamiento médico. Por ejemplo, enfermeras, médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento lo registran y utilizan para determinar su atención. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica que ayudan en su tratamiento, a farmacéuticos que surten sus recetas y a familiares que ayudan con su atención.

Pago: divulgaremos su información médica para fines de pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos obtener autorización de su compañía de seguros antes de brindarle ciertos tipos de tratamiento. Presentaremos facturas y mantendremos sus registros de pago. Operaciones de atención médica: utilizaremos y divulgaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas estándar, incluida la administración de registros, la evaluación de la calidad del tratamiento y la evaluación de los resultados.

Uso especial: Podemos utilizar su información para contactarlo con recordatorios de citas. También podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre diferentes opciones de tratamiento.

Otros usos y divulgaciones: Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted para otros fines. Sujeto a ciertos requisitos, se nos permite la divulgación para los siguientes propósitos: **Requerido por la ley:** es posible que la ley nos exija informar sobre heridas de bala, sospecha de abuso, sospecha de negligencia o eventos similares.

Investigación: podemos usar o divulgar información para investigaciones médicas aprobadas. Antes de usar o divulgar información de salud para investigaciones, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, podemos permitir que los investigadores revisen los registros para ayudarlos a identificar a los pacientes que pueden incluirse en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre y cuando no eliminen ni tomen una copia de ninguna información de salud. **Actividades de salud pública:** según lo exige la ley, podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con retiradas de productos e información similar a las autoridades sanitarias. **Supervisión de la salud:** podemos divulgar información para ayudar en investigaciones y auditorías, y en la elegibilidad para programas gubernamentales. **Procedimientos judiciales:** divulgaremos información en respuesta a una citación u orden judicial. **Ley Fines de cumplimiento:** podemos divulgar información sujeta a ciertas restricciones.

Compensación para trabajadores: podemos divulgar información sobre su compensación para trabajadores u otros programas que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. **Funciones gubernamentales militares o especiales:** si es miembro de las fuerzas armadas, divulgaremos información como autoridad militar o comando de instalaciones correccionales, o por seguridad nacional. **Muerte:** debemos reportar información sobre muertes al médico forense, al médico forense, a los directores de funerarias y a los programas de donación de órganos. **Amenaza grave a la salud y la seguridad:** podemos compartir información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud, seguridad y/o al público. **Socios comerciales:** podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios.

Derechos individuales: Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud. **Solicitar**

restricciones: puede solicitar restricciones sobre algunos usos de esta información, aunque no estamos obligados a aceptar esta solicitud. **Comunicaciones confidenciales:** puede solicitar que nos comuniquemos solo con usted. Puede

solicitar una dirección especial o un número de teléfono. **Inspeccionar y obtener copias:** en la mayoría de los casos, tiene derecho a ver y recibir una copia de su información. **Modificar información:** si cree que hay errores en su información o falta información, puede solicitar que se modifique. **Contabilidad de divulgación:** puede solicitar un historial de divulgación de información sobre usted por motivos OTROS que no sean tratamiento, pago u operaciones. **Nuestro requisito legal:** Estamos obligados a proporcionar este aviso, proteger su información y cumplir con los términos de este aviso.

Cambios en una práctica de privacidad: Podemos cambiar estos términos en cualquier momento. Cambiaremos nuestro aviso para reflejar los términos que cambiamos. También publicaremos los cambios de términos en nuestra sala de espera. Puede solicitar una copia de este aviso y/o los cambios en cualquier momento. Puede comunicarse con el Director de Enfermería a continuación para responder cualquier pregunta.

Quejas: si tiene una queja que pueda revelar que hemos violado esta declaración de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos con respecto a su información, comuníquese con el Director de Enfermería a continuación. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La persona a continuación puede proporcionarle la dirección correcta si la solicita.

Servicios. La persona a continuación puede proporcionarle la dirección correcta si la solicita.

Contact Person:

Tava Cunningham, Center Administrator 803-509-8532

tcunningham@sandhillsendo.org

2631 Forest Dr. Columbia, SC 29204

2002: DIRECTIVAS ANTICIPADAS PÁGINA 1 DE 3 POLÍTICA:

Es política de este centro apoyar los derechos de los pacientes a tomar decisiones con respecto a su atención médica.

Los pacientes y sus representantes o sustitutos tienen derecho a que se les expliquen satisfactoriamente las intervenciones médicas propuestas y el derecho a rechazar cualquier atención no deseada.

Si los pacientes no tienen capacidad para tomar decisiones o si no pueden hablar por sí mismos, tienen derecho a que un sustituto tome decisiones de tratamiento por ellos.

Esta política tiene como objetivo garantizar que todo el personal y los pacientes sepan que el centro respetará las directivas anticipadas de Carolina del Sur debidamente ejecutadas.

Los pacientes también tienen derecho a redactar una directiva anticipada para ayudar a garantizar que se respeten los deseos del adulto competente en caso de que quede incapacitado. La ley de Carolina del Sur exige que la ASC respete las directivas anticipadas de cualquier paciente. Sandhills Endoscopy Center trabajará con el poder notarial de atención médica del paciente si el paciente no puede comunicar sus deseos.

Sin embargo, la ley de Carolina del Sur caracteriza las órdenes de no reanimación como parte del testamento vital del paciente. (Código de leyes de Carolina del Sur, título 44, capítulo 77) El testamento vital entra en vigor sólo cuando el paciente tiene una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente. Dado que Sandhills Endoscopy Center solo realiza procedimientos electivos en pacientes sanos, el centro siempre intentará reanimar a un paciente y transferirlo. paciente a un hospital en caso de deterioro.

El personal del Centro de Endoscopia Sandhills estará capacitado para brindarles a los pacientes información básica sobre las directivas anticipadas para que el paciente, el representante del paciente o el sustituto del paciente puedan tener respuestas a sus preguntas. La información sobre la ley estatal y los formularios aprobados por el estado estará disponible para los pacientes que soliciten información adicional.

Definiciones:

1. Directiva anticipada: "Directiva anticipada" significa una instrucción escrita, como un testamento en vida o un poder notarial para atención médica, reconocida según la ley estatal (ya sea por ley o por los tribunales del estado) y

2002: DIRECTIVAS ANTICIPADAS PÁGINA 2 DE 3 POLÍTICA:

relacionada con la prestación de atención médica cuando el individuo está incapacitado. Carolina del Sur establece por ley dos tipos de directivas anticipadas: testamento vital y poder notarial para atención médica.

2. Poder notarial para la atención médica: este documento le permite al paciente nombrar a un adulto para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre tratamientos de soporte vital, cuando el paciente ya no pueda hablar por sí mismo. El poder notarial para la atención de la salud entra en vigor cuando el médico del paciente certifica que ya no es capaz de apreciar la naturaleza y las implicaciones de su condición.

R. Se debe firmar un poder notarial para atención médica de Carolina del Sur en presencia de dos testigos. Estos testigos no pueden ser:

- i. el agente de atención médica (persona con poder notarial)
- ii. relacionado con el paciente por sangre, matrimonio o adopción

III. el médico tratante o un empleado del médico tratante

IV. la persona directamente responsable financieramente del cuidado del paciente

v. una persona con derecho directo a cualquier parte del patrimonio del paciente después de su muerte, ya sea en virtud de un testamento o por operación de ley

vi. un beneficiario de la póliza de seguro de vida del paciente

vii. o cualquier persona con un reclamo contra el patrimonio del paciente en caso de muerte

viii. Al menos uno de los testigos no debe ser empleado del centro de salud en el que el paciente es paciente.

3. Declaración de deseo de muerte natural de Carolina del Sur, o declaración (testamento vital): un testamento vital. Esta declaración permite al paciente manifestar deseos sobre la atención médica en el caso de que ya no pueda tomar decisiones de atención médica y el paciente se encuentre en una enfermedad terminal o en estado vegetativo persistente. Para que este documento sea legal, debe estar firmado en presencia de dos personas y notariado. El notario podrá actuar como uno de los testigos. Los testigos no pueden ser

- i. relacionado con el paciente por sangre, matrimonio o adopción

2002: DIRECTIVAS ANTICIPADAS PÁGINA 3 DE 3 POLÍTICA:

- ii. el médico tratante o un empleado del médico tratante
- III. la persona directamente responsable financieramente del cuidado del paciente
- IV. una persona con derecho directo a cualquier parte del patrimonio del paciente después de su muerte, ya sea en virtud de un testamento o por operación de ley
- v. un beneficiario de la póliza de seguro de vida del paciente
- vi. o cualquier persona con un reclamo contra el patrimonio del paciente en caso de muerte

PROCEDIMIENTO:

1. El ASC proporcionará al paciente información escrita sobre su política sobre directivas anticipadas antes del inicio del procedimiento.
 - A. Se proporcionará información sobre la política de la ASC sobre directivas anticipadas a todos los pacientes como parte de sus documentos previos al procedimiento.
 - B. En el momento del registro, se preguntará a los pacientes si tienen directivas anticipadas y, si es necesario, se responderán las preguntas del paciente sobre la política de ASC.
2. El ASC brindará educación al paciente sobre las directivas anticipadas, si el paciente lo solicita.
 - R. El personal de ASC recibirá capacitación sobre directivas anticipadas para que puedan responder preguntas básicas de los pacientes.
 - B. Un paquete de información y formularios estará disponible para entregárselo a los pacientes que tengan preguntas adicionales o que deseen crear una directiva anticipada. Esta información, si se solicita, puede enviarse por correo a los pacientes antes del procedimiento o entregarse a los pacientes el día del procedimiento.
3. Si un paciente tiene una directiva anticipada, se documentará en el expediente del paciente.

- R. Durante el registro se le preguntará a cada paciente si tiene una directiva anticipada. Si el paciente tiene una directiva anticipada, se hará una copia para el expediente del paciente. B. Durante la entrevista preoperatoria del paciente, se le preguntará nuevamente al paciente si él/ella tiene una directiva anticipada. El tipo de directiva anticipada o "N/A" se documentará en la parte preoperatoria del cuadro.
- C. Se debe colocar una copia de la Directiva Anticipada en el expediente. La copia se colocará al frente del expediente del paciente.
- D. Si el paciente no trajo una copia, ese hecho debe documentarse y el contenido/tipo de directiva anticipada se anotará en el expediente y será presenciado por un miembro del personal y el adulto responsable.
- E. Si el paciente es transferido a otro centro, la directiva anticipada debe Acompañar al paciente como parte de su historia clínica.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

1. Los pacientes que reciben educación/información deben tener 18 años de edad o más, tener capacidad para tomar decisiones y actuar por su propia voluntad.
2. El personal del Centro de Endoscopia Sandhills estará capacitado para brindar a los pacientes información básica sobre las directivas anticipadas para que el paciente, el representante del paciente o el sustituto del paciente puedan tener respuestas a sus preguntas. La información sobre la ley estatal y los formularios aprobados por el estado estará disponible para los pacientes que soliciten información adicional. Se documentará la formación del personal.
3. Más información sobre los requisitos de directivas anticipadas de Carolina del Sur está disponible en <http://aging.sc.gov/legal/Pages/AdvanceDirectives.aspx> o Código de leyes de Carolina del Sur, Título 44, Capítulo 66, Sección 10 y Código de leyes de Carolina del Sur, Título 62, Capítulo 5.

AVISO DE DIVULGACIÓN DE INTERÉS DE PROPIEDAD

Una entidad formada por un médico es propietaria de esta instalación. Este médico se ha convertido en propietario como resultado de su compromiso con la atención médica y el servicio de calidad a sus pacientes. Su médico puede ser propietario de este centro.

El médico propietario de este centro: Dr. Kievers L. Cunningham

Tenga en cuenta lo siguiente:

El centro puede tener una relación financiera con su médico como se indicó anteriormente. Si lo solicita, encontrará una lista de tarifas típicas para los servicios proporcionados por el centro.

Tiene derecho a elegir dónde recibir los servicios, incluida una entidad con la que su médico pueda tener una relación financiera o un centro de atención médica que no sea Sandhills Endoscopy Center.

Su médico no lo tratará de manera diferente si elige obtener servicios de atención médica en un centro que no sea Sandhills Endoscopy Center.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, no dude en preguntarle a su médico o al administrador de nuestro centro. Le damos la bienvenida como paciente y valoramos nuestra relación con usted.

PATIENT GRIEVANCE POLICY

Establecer un proceso mediante el cual los pacientes o sus representantes autorizados puedan resolver sus quejas y quejas de manera rápida, razonable y consistente.

POLÍTICA:

- Una queja se define como una expresión verbal de insatisfacción por parte del paciente/familia con respecto a la atención o los servicios brindados por Sandhills Endoscopy Center que puede resolverse en el momento en que ocurre por el personal presente. La mayoría de las quejas tendrán soluciones simples que pueden abordarse con prontitud y se consideran resueltas cuando el paciente/familia está satisfecho con la acción tomada en su nombre.
- Queja se define como una expresión formal verbal o escrita de insatisfacción con algún aspecto de la atención o servicio que no se ha resuelto a satisfacción del paciente/familia en el momento del servicio. Todas las quejas verbales o escritas de abuso, negligencia, daño al paciente o riesgo de daño al paciente, o una violación de los Derechos y Responsabilidades del Paciente son ejemplos de quejas. Una queja verbal o escrita enviada al comité de Gestión de Riesgos o cualquier solicitud de una familia para tratar una queja como una queja se considerará una queja.

Un paciente, un representante del paciente o un empleado pueden presentar una queja sin interferencia ni temor a discriminación o represalias.

LAS ACUSACIONES FUNDAMENTADAS DEBEN SER INFORMADAS A LAS AUTORIDADES ESTATALES, LOCALES O A AMBAS.

Información de queja:

Medicare: 1-800-Medicare (Defensor del Pueblo) @ WWW.CMS.HHS.GOV/CENTER/OMBUDSMAN.ASP Departamento de Salud de Carolina del Sur: (803) 898-DHEC (3432) @ <http://www.scdhec.gov> Sandhills Centro de Colonoscopia: Director de Enfermería 803-254-8449

La Organización de la Comisión Conjunta: (630) 792-5286

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS DEL PACIENTE:

- A. Paso 1: el personal proporcionará formularios de quejas a los pacientes cuando lo soliciten. (Formulario de queja del paciente F)
- B. El personal debe preguntar en este momento si hay algo que puedan hacer para ayudar al paciente o resolver el asunto. Todas las quejas recibidas por los miembros del personal clínico se enviarán inmediatamente al Director de Enfermería. Cualquier queja recibida por el personal no clínico se informará inmediatamente al Administrador del Centro. El DON o el Administrador intentarán abordar y resolver las quejas. El Director Médico será notificado inmediatamente.
- C. Si se llega a una resolución, el DON, el administrador del centro y el demandante firmarán y firmarán el formulario de queja como satisfecho. Se notificará al director médico.
- D. Si no se puede llegar a una resolución, se entregará al Director Médico el Formulario de queja del paciente y la documentación pertinente, según sea necesario. El Director Médico se reunirá con el DON y el Administrador del Centro para discutir la queja. El denunciante será notificado dentro de los 7 días siguientes a la decisión. La respuesta será escrita e incluirá: 1. la decisión; 2. las medidas tomadas en nombre del paciente para investigar la queja; 3. los resultados del proceso de quejas; y 4. la fecha de finalización.
- E. Todas las quejas serán documentadas.
- F. Si un paciente y/o su representante solicitan una reunión para expresar su queja, la reunión se llevará a cabo lo antes posible.
- G. Cada queja será reportada al Comité de Gestión de Riesgos y a la Junta Directiva para su documentación, informes y mejoras.
- H. Todas las quejas son confidenciales



