

PAPELES IMPORTANTES.

POR FAVOR, COMPLETE TODAS LAS FORMAS

DELANTERO & trasero

POR FAVOR FECHA FORMA EL DÍA QUE USTED LOS
RECIBE.

CUANDO LLEGUE A LAS INSTALACIONES, PERSONAL
DE REGISTRO SERÁ TESTIGO DE TODAS LAS FORMAS
QUE USTED YA HAYA FIRMADO.

¡Gracias!

CENTRO DE ENDOSCOPIA DE RIVERSIDE
2151 RIVERSIDE AVENUE
JACKSONVILLE, FLORIDA 32204
(904) 388-8686 TELÉFONO (904) 388-4445 FAX

Gracias por elegir el centro de endoscopia Riverside para sus servicios de Gastroenterología. Centro de endoscopia de Riverside se ha otorgado un certificado de acreditación por la Comisión Conjunta (TJC). Esta certificación reconoce nuestro compromiso con la atención de alta calidad y cumplimiento sustancial con las normas de organizaciones de atención médica ambulatorias.

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE SU PROCEDIMIENTO QUE ENTIENDES COMPLETAMENTE EL ASPECTO FINANCIERO DEL PROCEDIMIENTO.

1. Pago se espera en el momento del servicio a menos que se han hecho otros arreglos de antemano. Real reembolso por cargos varían dependiendo del tipo de cobertura de seguros. Cualquier copagos, coseguros o cantidades deducibles se recogerán en el momento de su procedimiento. Esto es parte de nuestro contrato con su compañía de seguros. Falla de nuestra parte para recoger los co-pagos y deducibles de los pacientes puede ser considerado un fraude de seguros.
2. Aceptamos pago en efectivo, cheque, giro postal, Visa y MasterCard. Usted recibirá una declaración de cualquier saldo restante que es debida a la recepción. Nuestra oficina le cobrará una cuota de \$25 por cheques devueltos todos.
3. Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina para arreglos de pago especial.
4. Vamos a presentar las reclamaciones de seguros en su nombre. Información necesaria para procesar su reclamo con su compañía de seguros debe ser recibido y verificado antes de su cita.
5. Cobertura para su procedimiento está determinada por su contrato con su compañía de seguros. Le recomendamos que se comunique con su compañía de seguros antes de recibir los servicios.
6. Tu seguro puede cubrir diferentes para un procedimiento de "screening" frente a un procedimiento de "diagnóstico".

- Un procedimiento generalmente se considera "screening" si no tienes síntomas, extirpación biopsia o lesión.
- Un procedimiento se considera "diagnóstico" Si usted tiene un problema o síntoma.

7. Que usted pueda incurrir cargos por los siguientes servicios relacionados a su procedimiento:

Médico honorario ⇒ La cuota para el médico realizar tu procedimiento.

Cuota de instalación ⇒ La tarifa por el uso de las instalaciones para su procedimiento.

Cuota de patología ⇒ Si es necesaria una biopsia, que usted pueda incurrir un honorario a partir del análisis.

Cuota de anestesia ⇒ El costo de administración de la anestesia. Que usted pueda incurrir un cargo de Anestesiología americana de North Florida.

Nuestro personal hará todo lo posible para ayudarle con preguntas y guía a las fuentes adecuadas de información. Si usted tiene alguna pregunta, por favor contáctenos al (904) 388-5265

EXTRACTO DE CUENTA DEL PACIENTE DE LA FLORIDA DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

La ley de Florida requiere que su proveedor de salud o centro de salud reconozcan sus derechos mientras que usted está recibiendo atención médica usted respete del médico o cuidado de la salud

instalación tiene razón esperar cierto comportamiento por parte de los pacientes. Usted puede solicitar una copia del texto completo

de esta ley o de su proveedor de salud centro de salud. Un Resumen de sus derechos y siguientes responsabilidades:

El paciente tiene el derecho a ser tratados con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.

El paciente tiene el derecho a una respuesta rápida y razonable a las preguntas y peticiones.

El paciente tiene derecho a saber quién es proporcionar servicios médicos y quién es responsable por su

o su cuidado.

El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluyendo si un

intérprete está disponible si él o ella no habla a Inglés.

El paciente tiene derecho a saber lo que las reglas y regulaciones aplican a su conducta.

El paciente tiene el derecho a ser dada por la información del proveedor de atención médica acerca de diagnóstico,

curso previsto de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.

El paciente tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento, salvo que se disponga por ley.

El paciente tiene el derecho a ser dado, bajo petición, toda la información y la asesoría necesaria en el

disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado.

Un paciente que es elegible para Medicare tiene derecho a conocer, a petición y en adelantado de el tratamiento, si el médico o centro de salud acepta la tasa de asignación de Medicare.

El paciente tiene el derecho de recibir, solicitar, antes del tratamiento, una estimación razonable de
cargos para recibir atención médica.
El paciente tiene el derecho a recibir una copia de un razonablemente clara y comprensible,
detallada cuenta
y, a petición, explicó que los cargos.
El paciente tiene el derecho de acceso imparcial a tratamiento médico o alojamiento,
independientemente de
raza, origen nacional, religión, impedimento físico o fuente de pago.
El paciente tiene el derecho a tratamiento para cualquier condición médica de emergencia que se
deteriorará desde
falta de proporcionar tratamiento.
El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación
experimental y
para dar su consentimiento o su negativa a participar en dicha investigación experimental.
El paciente tiene el derecho a expresar las quejas en relación con cualquier violación de sus
derechos, como se indica
en la ley de Florida, a través del procedimiento de queja del médico o centro de atención médica
que
sirve él o ella y para el adecuado estado de licenciamiento.
Un paciente es responsable de proporcionar al proveedor del cuidado de la salud, a lo mejor de
su
conocimiento, información completa y precisa sobre las quejas presentes, más allá de las
enfermedades, hospitalizaciones,
los medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
El paciente es responsable de reportar cambios inesperados en su condición a la atención de la
salud
proveedor de servicios.
El paciente es responsable de informar al médico si él o ella comprende un
contempla curso de acción y lo que se espera de él o ella.
El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico.
El paciente es responsable por mantener las citas y, cuando él o ella es incapaz de hacerlo por
cualquier
razón, para notificar al médico o centro de salud.
El paciente es responsable por sus acciones si él o ella rehusa el tratamiento o no siguen las
instrucciones del médico.
El paciente es responsable por asegurar que las obligaciones financieras de su o su cuidado de
salud son
cumplido como rápidamente como sea posible.
El paciente es responsable por la siguiente institución médica reglas y regulaciones que afectan a
la paciente
atención y conducta.

Name _____

Date _____

Fecha de Birth____

Las prácticas Bill del paciente de derechos y responsabilidades y privacidad

He leído y recibido una copia de mi "del paciente de derechos y responsabilidades y aviso de prácticas de privacidad.

Estado de la Florida requisito de notificación:

El estado de la Florida requiere que los proveedores de cuidado de salud recopilar y reportar información demográfica del paciente trimestral, uno de los artículos reportables clasificación Racial.

Favor de circular la clasificación apropiada de la lista siguiente establece a continuación:

Caucásica afro americanos asiáticos/isleños del Pacífico

Hispanos nativos americanos sin respuesta

He revisado y de acuerdo a lo anterior:

Nombre del paciente

Firma del paciente o responsable fecha partida

Testigo fecha

Ambulatoria SURGER Y CENTER paciente consentimiento TO Resucitación medida S

No A revocación de ADVANCE Dm reactivos o facultades médicas de fiscal

Todos los pacientes tienen el derecho a participar en sus propias decisiones de atención médica y para hacer las directivas anticipadas o ejecutar poderes que autorizar otros a hacer decisiones en su nombre basado en lo que el paciente expresado desea cuando el paciente es incapaz de hacer decisiones o incapaz de comunicar las decisiones. Este centro de cirugía respeta y los defiende los derechos.

Sin embargo, a diferencia de en un agudo cuidado hospital configuración, la cirugía Center hace no rutinariamente realizar alto riesgo procedimientos. Más procedimientos realizados en estas instalaciones son considerados a ser de mínimo riesgo. De curso, no cirugía es sin riesgo. Te a discutir los detalles de procedimiento con tu médico que puede responder a tus preguntas en cuanto a su riesgo, su esperada recuperación y cuidado después de la cirugía.

Por lo tanto, es nuestra política, cueste lo que cueste de el contenido de cualquier avanzada directiva o instrucción de un salud Care sustituto o abogado en hecho, que si un adverso evento ocurre durante su tratamiento en estas instalaciones nos será iniciar resucitación o otros estabilizando medidas y transferencia te a un agudo Care Hospital para más evaluación. En el agudo cuidado hospital más tratamiento o retiro de tratamiento medida ya comenzado será ser ordenado en acuerdo con su deseo, avance Directiva o Healthcare poder de abogado. Su acuerdo con esta política por su firma a continuación no revocar o invalidar cualquier actual Directiva del cuidado de salud o poder de cuidado de la salud de fiscal.

Si usted no está de acuerdo con esta política, estamos encantados de ayudarle a reprogramar el procedimiento.

Por favor Compruebe la apropiado caja en respuesta a estas preguntas. ¿ Han te ejecutado un avance salud Care Directiva, un viviendo Will, un poder notarial que autorice a alguien para hacer salud decisiones por ?

Sí, han un avance Directiva, vivir será o salud Care poder de abogado.

No, no tengo una directiva anticipada, testamento vital o poder de cuidado de la salud de fiscal.

Me gustaría tener información sobre avance directivas.

La última paciente de nombre	El primer paciente nombre	FECHA
------------------------------	---------------------------	-------

Si consentimiento a la procedimiento es proporcionado por alguien otros que el paciente, este forma debe ser firmado por el persona proporcionando la consentimiento o autorización.

Divulgación de la propiedad

Su médico puede tener un interés de sociedad limitada en el centro. Una lista completa de socios médico limitado está disponible en el centro y, si procede, se resaltará la propiedad de su médico cuando te registras. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la propiedad médico, comuníquese con el centro al 904-388-8686.

Cobertura de mala praxis médica

Su médico no puede llevar la cobertura de seguro de mala praxis tradicional. Si usted tiene preguntas acerca de la cobertura de negligencia, por favor consulte con su médico.

Paciente queja o un reclamo

- Si tienes algún problema o queja, favor de hablar con la recepcionista o a su cuidador. Abordaremos puntualmente su preocupación (s).
- Si es necesario, su problema o queja se adelantarán para el administrador o gerente de enfermera para la resolución. Usted recibirá una carta o llamada telefónica para informarle de las acciones adoptadas para resolver su queja.
- Si no estás satisfecho con la respuesta del centro de cirugía, puede contactar a uno de los siguientes organismos:

Las quejas contra el **Centro de cirugía ambulatoria** pueden presentarse con la unidad de servicios al consumidor de estado de la Florida al 1-888-419-3456 (presione 2), o escriben a la siguiente dirección:

Agencia para la administración del cuidado de la salud
Unidad de asistencia al consumidor
2757 Mahan Drive/Bldg. 1
Tallahassee, Florida 32308

Las denuncias contra un **profesional de salud** y desea recibir una queja, llamada unidad de servicios al consumidor al 1-888-419-3456 (presione 2), o escriba a la siguiente dirección:

Departamento de salud
Unidad de servicios al consumidor
4052 Bald Cypress Way, Bin C75
Tallahassee, Florida 32399-3275

Todos los beneficiarios de Medicare también pueden presentar una queja o un reclamo con el Ombudsman de beneficiario de Medicare. Visite la Página Web de la Defensoría en:

[www.cms.hhs.gov/ center/defensor del pueblo](http://www.cms.hhs.gov/center/defensor-del-pueblo)

Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo su contenido:

Nombre del paciente fecha

Fecha de nacimiento

Testamentos en vida y salud anticipadas: preguntas frecuentes

La legislatura de Florida ha reconocido que cada adulto competente tiene el derecho fundamental de con respecto a las decisiones relativas a su propia salud, incluyendo el derecho a la autodeterminación elegir o rechazar tratamiento médico o procedimientos que sólo prolongaría la vida cuando un terminal existe condición. Este derecho, sin embargo, está sujeto a ciertos intereses de la sociedad, tales como la protección de la vida humana y la preservación de los estándares éticos en la profesión médica. Para asegurarse de que este derecho no se pierde o disminuido en virtud de la incapacidad física o mental más tarde, la legislatura ha establecido un procedimiento dentro de Florida estatutos capítulo 765 permitiendo a una persona planificar incapacidad y si lo desea, para designar a otra persona para actuar en su nombre y marca decisiones médicas necesarias sobre dicha incapacidad.

¿Qué es un testamento vital?

Cada adulto competente tiene el derecho de hacer una declaración escrita conocida comúnmente como "ganarse la vida Lo hará". El propósito de este documento es dirigir la prestación, la retención o el retiro de la vida prolongar los procedimientos en caso de que uno debe tener una enfermedad terminal. La forma sugerida de Este instrumento ha sido facilitada por la legislatura de Florida estatutos sección 765.303. En Florida, la definición de "procedimientos de prolongar la vida" se ha expandido por la legislatura incluyen el suministro de alimentos y agua para enfermos terminales.

¿Cuál es la diferencia entre un testamento y un testamento legal?

Un testamento en vida no debe confundirse con la voluntad legal de una persona, que dispone de bienes personales en o después de su muerte y nombra a un representante personal o revoca o revisa otro

lo hará.

¿Cómo puedo hacer mi testamento eficaz?

Bajo la ley de Florida, un testamento en vida debe ser firmado por su creador en presencia de dos testigos, en

por lo menos uno de los cuales no es el cónyuge ni un pariente de la máquina. Si el fabricante es físicamente

No se puede firmar el testamento, uno de los testigos puede firmar en presencia y en la dirección

de la máquina. Florida reconocerá un testamento vital, que ha sido firmado en otro estado, si

Testamento fue firmado en cumplimiento de las leyes de dicho estado, o en cumplimiento de las leyes de

Florida.

Después de firmar un testamento en vida, ¿qué sigue?

Una vez que se ha firmado un testamento en vida, es responsabilidad del fabricante para notificarles la

médico de su existencia. Es una buena idea para proporcionar una copia de la voluntad de vivir a del fabricante

médico y hospital, para ser colocado dentro de los registros médicos.

¿Qué es un sustituto del cuidado de la salud?

Cualquier adulto competente también podrá designar autoridad a un sustituto de la atención de la salud para hacer los objetivos de salud

decisiones médicas durante cualquier período de incapacidad. Durante la incapacidad del fabricante, el cuidado de la salud

Sustituto tiene la obligación de consultar rápidamente, con proveedores de atención médica adecuados. El

Sustituto también proporciona el consentimiento informado y hace sólo decisiones sobre atención médica para el fabricante,

que él o ella cree que el creador habría hecho las circunstancias si fuera el creador capaz de tomar tales decisiones. Si no hay ninguna indicación de que el fabricante hubiera elegido,

el sustituto podrá considerar el interés superior del fabricante al decidir sobre un curso de tratamiento. El

forma sugerida de este instrumento ha sido facilitada por la legislatura dentro de los estatutos de Florida

Sección 765.203.

¿Cómo designo un sustituto del cuidado de la salud?

Bajo la ley de Florida, debe hacerse la designación de un sustituto del cuidado de la salud a través de un escrito

documento y deberá ser firmado en presencia de dos testigos, al menos uno de los cuales no es

el cónyuge ni un pariente de la máquina. La persona designada como sustituto no puede actuar como

un testigo a la firma del documento.

¿Tengo más de un sustituto del cuidado de la salud?

El fabricante también explícitamente puede designar a un sustituto alterno. El suplente alterno puede asumir los deberes como sustituto si el suplente original es incapaces de realizar su deberes. Si la máquina está físicamente incapaz de firmar la designación, él o ella puede, en presencia de testigos directos que otra persona firme el documento. Una copia exacta de la designación debe proporcionar a la sustituta de cuidado de la salud. A menos que la designación establece un tiempo de terminación, el la designación se mantendrá en efecto hasta revocado por su creador.

¿Pueden ser revocados el testamento y la designación de sustituto de la atención de la salud?

Tanto el testamento y la designación de sustituto de cuidado de la salud podrán ser revocado por el fabricante en cualquier momento mediante una carta firmada y fechada de revocación; físicamente a cancelar o destruyendo el documento original; por una expresión oral de la intención de revocar; o por medio de un posteriormente ejecutado documento que es sustancialmente diferente del documento anterior. Es muy importante que le diga el médico tratante que ha sido la voluntad de vivir y designación de sustituto de cuidado de la salud revocado.

¿Dónde voy a obtener asesoramiento jurídico sobre este asunto?

Si usted cree que necesita asesoría legal, llame a su abogado. Si usted no tiene un abogado, llame al Servicio de referencia de abogado Florida Bar al 1-800-342-8011, o el servicio de remisión a abogados locales o legal Oficina listado en las páginas amarillas de su directorio telefónico de ayuda.

Esta información ha sido preparada por el Comité de ley de protección al consumidor de la Florida Bar y el Bar de la oficina de información pública y se ofrece como una cortesía de la Abogados de Florida y la Asociación médica de Florida.

Paciente Name _____ fecha de Birth _____

Date _____

Información médica general:

Paciente Name _____ fecha de Birth _____

Actual Physician _____ de atención primaria

¿Bebes alcohol con regularidad? Sí/No Cuántas copas semanales? ____

¿Fuma usted? Sí/No cuánto? ____

Antecedentes médicos:

Historia quirúrgica:

Has experimentado alguna de las siguientes: Circule las que apliquen

Hipertensión infarto Hepatitis reemplazo convulsiones Diabetes riñón valvulopatía cardíaca ____ cáncer
(tipo)

Other _____

Síntomas recientes:

Síntomas de círculo que tienen actualmente o ha tenido recientemente:

Estreñimiento orina oscura Rectal prurito diarrea indigestión piel amarillenta

Taburete negro dolor Abdominal vómitos con sangre la sangría rectal

Náuseas y vómitos-cómo long ____ la pérdida de peso-cuántos pounds ____

Dificultad para deglutir líquidos dificultad para tragar sólidos

Other _____

Antecedentes personales:

La última colonoscopia & Where____

La última Where____ & sigmoidoscopia Flexible

La última Where____ & endoscopia

Historia familiar: Estado que (padres, abuelos, hermanos, etc.)

Colon Cancer (age)_____

Otro cáncer-que kind____

Centro de endoscopia de Riverside

Abdi Abbassi, MD Samir Habashi, MD Ajmal Hameed, MD

Name_____ SSI#_____

Street Address_____ City_____

State_____ Zip_____ DOB_____ Status_____ civil

Employer_____ City_____ State_____ Zip_____ del paciente

Ethnicity_____ raza _____ Language_____ Género: Masculino/femenino

Casa Phone_____ trabajo Phone_____ celular phone_____

Email_____

Contact_____ Phone____ Relationship_____ de emergencia

Alergias medicamentosas:

Lista de medicamentos:
