

# **CENTRO DE CIRUGÍA LEWES**

## **AVISOS IMPORTANTES**

### **ACUERDO FINANCIERO**

Por la presente, autorizo a Lewes Surgery Center a acceder y usar mi información de seguro para presentar reclamos a mi compañía de seguros en mi nombre por los servicios prestados. El Mecanismo no está obligado a presentar reclamaciones de seguro a menos que exista un acuerdo contractual con esta Compañía de Seguros de la Facilidad. Las reclamaciones fuera de la red se presentarán como cortesía; Reconozco que seré responsable de las partes no pagadas de las reclamaciones fuera de la red. Se espera que los pacientes de autopago, no asegurados y cosméticos remitan el pago antes o no más tarde de registrarse para la fecha programada de servicio. Se espera que los pacientes que tienen una asignación de beneficios que incluyen deducible de seguro, coseguro o copago realicen el pago en el momento en que se presten los servicios. Los arreglos de pago se pueden hacer de acuerdo con nuestra política de plan de pago; los arreglos financieros deben ser discutidos y aprobados por el Departamento de Facturación de Instalaciones antes de las visitas.

Lewes Surgery Center acepta efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito. A los cheques devueltos por fondos no suficientes se les cobrará una tarifa de cheque devuelto de \$40; Reconozco y entiendo que esta tarifa se aplicará al saldo de mi cuenta.

Los pacientes que descuiden realizar el pago de los saldos de la cuenta adeudados o no cumplen con los criterios del plan de pago mínimo resultarán en la rotación de la cuenta a una agencia de cobro e incurrirán en una tarifa del 28% del saldo adeudado por las tarifas administrativas y de servicios de cobro. Esta cantidad se aplicará al saldo pendiente de su cuenta. Por la presente, reconozco que soy responsable de los saldos adeudados en mi cuenta y entiendo que incurriré en cargos adicionales por saldos impagos que resulten en la rotación de cobros.

### **ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES DE SEGURO**

El abajo firmante solicita que Lewes Surgery Center presente un reclamo a mi compañía de seguros; Por la presente, asigno beneficios que se pagarán en mi nombre de Lewes Surgery Center por todos los servicios prestados. El abajo firmante garantiza el pronto pago de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o el saldo adeudado después de los pagos del seguro. Los cargos no pagados por el seguro proporcionado o por un tercero dentro de un período de tiempo razonable pueden asignarse al abajo firmante para el pago. Los cargos por servicios de seguro no cubiertos serán responsabilidad del abajo firmante y se facturarán al abajo firmante para el pago. Las limitaciones de Medicare o Medicaid pueden aplicarse a los cargos por servicios no cubiertos. Por la presente certifico que la información proporcionada con respecto a mi cobertura de seguro es precisa y correcta.

### **PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

Autorizo a Lewes Surgery Center, a mi médico de admisión u otros médicos que presten servicios a divulgar todo o parte de mis registros médicos cuando lo exija o lo permita la ley o las regulaciones gubernamentales, cuando lo exija mi compañía de seguros para el pago de los servicios de reclamo de seguro o a cualquier médico responsable de la continuación de mi atención.

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Reconozco que he recibido, tanto verbalmente como en formato escrito, la información de Lewes Surgery Center - Derechos del paciente. Además, he tenido la oportunidad de leer el aviso, hacer preguntas sobre mis derechos como paciente y comprender toda la información tal como se presenta.

### **DIVULGACIÓN DE INTERESES FINANCIEROS**

Soy consciente de que Lewes Surgery Center es un centro propiedad de médicos. Los médicos que se enumeran a continuación tienen un interés financiero y de propiedad en Lewes Surgery Center. Reconozco que he seleccionado que mi procedimiento se realice en el Centro después de considerar el interés financiero de mi médico en el Centro de Cirugía Lewes y que entiendo que retendré la opción de realizar el procedimiento en una instalación diferente.

Dr. Edward Jaoude; Román Orsini, DPM; Edmund Carroll, DO; Mohammad Mehdi, MD; Dr. Gita Pillai; Claire Capobianco, DPM; Dr. Scott Schulze; Karen Rudo, MD; Joseph M. Farrell, DO; Justin L. Elder, DO.

### **DIRECTIVAS ANTICIPADAS**

Lewes Surgery Center reconoce que todos los pacientes tienen derecho a participar en sus propias decisiones de atención médica y a tomar directivas anticipadas o a ejecutar poderes notariales que autoricen a otros a tomar decisiones en su nombre en función de los deseos expresados por el paciente cuando el paciente no puede tomar decisiones o no puede comunicar decisiones. Lewes Surgery Center respeta y defiende esos derechos.

Sin embargo, a diferencia de un entorno hospitalario de cuidados intensivos, Lewes Surgery Center no realiza rutinariamente procedimientos de "alto riesgo". Si bien ninguna cirugía está exenta de riesgos, la mayoría de los procedimientos realizados en esta

instalación se consideran de riesgo mínimo y de naturaleza electiva. Discutirá los detalles de su procedimiento con su médico, quien puede responder sus preguntas sobre sus riesgos, su recuperación esperada y la atención después de su cirugía.

Por lo tanto, es nuestra política, independientemente del contenido de cualquier Directiva Anticipada o instrucciones de un sustituto de atención médica o un abogado de hecho, que si ocurre un evento adverso durante su tratamiento en este centro, iniciaremos medidas de reanimación u otras medidas estabilizadoras y lo transferiremos a un hospital de cuidados intensivos para una evaluación adicional. En el hospital de cuidados intensivos, se ordenarán tratamientos adicionales o el retiro de las medidas de tratamiento ya iniciadas de acuerdo con sus deseos, instrucciones anticipadas o poder notarial de atención médica. Su acuerdo con la política de este centro no revocará ni invalidará ninguna directiva de atención médica actual o poder notarial de atención médica.

Si desea completar una Directiva Anticipada, el personal del Centro de Cirugía Lewes puede dirigirlo a la agencia estatal apropiada para hacerlo. Si tiene una Directiva Anticipada, puede proporcionar una copia a la instalación y, en el improbable caso de que surja una emergencia, y se necesite una transferencia a un hospital para recibir atención adicional, sus Instrucciones Anticipadas se enviarán con su historial al hospital receptor.

Si no está de acuerdo con la política de esta instalación, estaremos encantados de ayudarlo a reprogramar su procedimiento.

### **AVISOS DE HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que he recibido, tanto verbalmente como en formato escrito, la información de los Avisos de Prácticas de Privacidad hipaa de Lewes Surgery Center. Además, he tenido la oportunidad de leer el aviso, hacer preguntas sobre mis derechos como paciente y comprender toda la información tal como se presenta.

### **AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE LLAMADAS, MENSAJES DE TEXTO Y CORREO ELECTRÓNICO**

Lewes Surgery Center se comunica con los pacientes por una variedad de razones, incluidas llamadas financieras, llamadas pre y postoperatorias, llamadas de programación y otras. Por la presente autorizo a Lewes Surgery Center a:

Deje un mensaje en mi contestador automático con información médica o financiera privada: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Notificarme por mensaje de texto o comunicación por correo electrónico con respecto a citas, información o solicitudes preoperatorias, seguimiento posterior al procedimiento y / o comunicación financiera: Yes \_\_\_ No \_\_\_

Número de teléfono para mensajes de texto communication \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Discutir mi información médica o financiera referenciada con otra persona: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Nombre de la(s) persona(s) que se aprueba(s) en la discusión: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y entiendo en su totalidad los avisos antes mencionados proporcionados por Lewes Surgery Center. Acepto todos los términos y condiciones como se describe en este aviso.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o sustituto

Nombre impreso del paciente o sustituto \_\_\_\_\_

Si es subrogado, \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ de relación

Completar solo si se recibe la notificación el mismo día que el remisión para el procedimiento.