



Estimado Paciente:

Gracias por haber escogido Tampa Outpatient Surgical Facility.

Adjunto, usted podra encontrar la documentacion necesaria para ser completada y devuelta al Centro Quirurgico Ambulatorio el dia de su cita. Por favor lea todos los documentos minuciosamente y completelos con anticipacion.

En uno o dos dias, nuestra enfermera de pre-operacion se contactara con usted para verificar su historia medica y le proporcionara las instrucciones necesarias para su pre-operacion incluyendo el tiempo estimado y su arribo al Centro Quirurgico Ambulatorio. Adicionalmente, usted podria recibir una llamada de nuestra Oficina de Financiamiento en relacion a la cobertura de su seguro medico y si es que necesita hacer algun pago.

### **Importante**

- Si su informacion tanto de vivienda y seguro han cambiado desde el dia programado para su cita, por favor, llame al Centro Quirurgico Ambulatorio para informar dichos cambios.
- Usted debera traer la documentacion necesaria el dia de la cirugia:
  - Tarjeta de Seguro Medico (si se requiere)
  - Identificacion con foto – Una identificacion con foto se le requiere a todos los pacientes que sean mayores de 18 años. Si el paciente es menor de edad, los padres o los guardianes legales del menor deberan traer una identificacion con foto y todos los documentos legales necesarios de la tutela del menor en caso de que no sean sus padres biologicos.
- Por favor, no traiga cosas valiosas, incluyendo pero no limitado, joyas, protesis dentales, carteras, etc.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamarnos al 813-875-0562. Nosotros estaremos muy contentos de contestarle cualquier pregunta que usted tenga. Tambien nos puede visitar a la pagina de la internet al [www.tampaoutpatient.com](http://www.tampaoutpatient.com).

Muy Atentamente,

Tampa Outpatient Surgical Facility

### **Nuestra Mision y Vision**

*En Tampa Outpatient Surgical Facility nuestra mision es proveer a nuestros pacientes con la mas alta calidad posible de un Centro Quirurgico Ambulatorio asi como una alta calidad en el personal medico.*

*Nuestro personal provee un cuidado medico superior hacia nuestros pacientes en un entorno eficiente, rentable, compasivo, digno y seguro con el fin de lograr los mejores resultados clinicos manteniendo la sensibilidad de controlar el dolor y la privacidad.*

**5013 N Armenia Ave, Tampa, FL 33606, (813) 875-0562, [www.tampaoutpatient.com](http://www.tampaoutpatient.com)**

## INSTRUCCIONES PRE-OPERATIVAS IMPORTANTES

Las siguientes son las reglas a seguir antes de su cirugía:

- No puede comer ni tomar nada después de las doce de la noche a menos que su Doctor lo haya sugerido.
- El Paciente podrá tomar un “sorbo” de agua si tiene que tomar medicamentos en la mañana de la cirugía a menos que el Doctor le haya dicho lo contrario.
- Si usted está tomando algún diluyente de la sangre o está tomando NSAID del mostrador como: aspirina, ibuprofeno, Motrin, Aleve, naproxen or meloxicam, por favor informe a la enfermera y al Doctor que lo va a atender. Se le podría pedir que pare de tomar estos medicamentos por lo menos 7 días antes de su cirugía.
- Es importante que le informe al Cirujano si usted está tomando medicamentos como Plavix, Warfarin, Eliquis o otros diluyentes de sangre. Usted tendría que coordinar con su Doctor acerca de los medicamentos que está tomando para saber si tiene que discontinuarlos o reiniciarlos después de la cirugía.
- La mañana de su cirugía, siga las instrucciones de medicamentos dada por la enfermera de la pre-operación o el asistente del médico.
- Si usted no ha hablado directamente con una enfermera, por favor, traiga sus medicinas en sus envases originales, incluyendo todas las vitaminas y suplementos que toma diariamente.
- Use ropa suelta y cómoda. Si usted está teniendo una cirugía del hombro, usar camisa con botones. Si usted está teniendo una cirugía del pie o de la rodilla, por favor use pantalones o bermudas sueltos.
- Por favor no traiga cosas personales tales como joyas la mañana de su cirugía. Nosotros no nos responsabilizamos de la pérdida de los mismos. Sin embargo, cosas pequeñas pueden ser guardadas. Notifique a la enfermera si usted requiere este servicio. Deberá traer su tarjeta de seguro médico.
- Usted podrá conocer al anestesiólogo en el departamento de pre-operación. Es importante que usted le haga todas las preguntas necesarias o si tiene alguna preocupación con experiencias pasadas con la anestesia.
- Si un tutor legal ha sido asignado, el tutor legal deberá acompañar al paciente con los documentos legales respectivos.
- Si usted desarrolla un resfriado, dolor de garganta, fiebre o otros síntomas de enfermedad, por favor informe al Cirujano porque su cirugía podría ser cambiada de fecha.
- Deberá acompañarlo una persona responsable que tenga licencia para manejar el día de su cirugía y usted deberá dejar la información del mismo para que este sea informado cuando usted esté listo para ser dado de alta.
- Usted deberá ser acompañado a su casa por una persona 24 horas desde el momento de salida del Centro Quirúrgico.

**Su cooperación con estas instrucciones son esenciales para la efectividad de la cirugía. Si usted no cumple con estas instrucciones podría causar la cancelación de su cirugía.**

## **Derecho y Responsabilidades del Paciente**

En reconocimiento de nuestra responsabilidad en brindarle una atención al paciente, estos son los derechos y responsabilidades que afirman las pólizas y procedimientos del Centro Quirúrgico Ambulatorio.

### **El Paciente tiene derecho a:**

- Ser tratado con respeto y cortesía.
- Respuestas efectivas a preguntas y requerimientos.
- Conocer quien es el proveedor médico y quien es responsable por sus cuidados.
- Conocer que clase de servicios están disponibles incluyendo si necesita un intérprete o si el paciente no habla inglés.
- Conocer las reglas y regulaciones que se aplican acerca de su conducta.
- Ser informado de cualquier diagnóstico, plan de tratamiento, alternativas, riesgos, pronósticos del Centro Quirúrgico Ambulatorio.
- Rechazar tratamiento, con excepción de los dados por la Ley.
- Se dará a petición, total información y asesoramiento de acuerdo a nuestra posibilidad del conocimiento financiero por sus cuidados médicos.
- Conocimiento a petición, de una información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros para conocer su cuidado.
- Conocer a petición, si el centro médico proveedor o el centro quirúrgico acepta la tarifa de asignación de Medicare.
- Recibir a petición, antes de la cirugía, un estimado de los cargos financieros de los cuales será responsable.
- Recibir a petición, una copia clara y entendible, donde se expliquen los costos médicos.
- Recibir acceso imparcial del tratamiento médico o arreglos, sin importar la raza, nacionalidad, religión, desventaja física, o fuente de pago.
- Recibir tratamiento por alguna condición médica de emergencia que podría empeorarse por falta de tratamiento.
- Conocer si el tratamiento médico es con motivos de experimento/investigación y si el paciente da su consentimiento o rechaza el experimento/investigación.
- Expresar cualquier queja, espeluzada por la Ley de Florida, en relación a cualquier violación de derechos o inconformidad médica a través de la apropiada oficina del estado.
- Participar en decisiones en referencia a su salud, a menos que se contradiga con preocupaciones por su salud.
- 

### **El Paciente es responsable:**

- Proporcionar exacta y completa información concerniente con su salud, historia médica, hospitalización, medicinas y otros asuntos relacionados con su salud.
- Reportar cualquier riesgo médico y cualquier cambio inesperado de su condición médica con el médico responsable.
- Por comprender y considerar sus acciones y hacer cualquier pregunta en caso de no entendimiento.

- De seguir el plan de cuidado establecido por su Medico, incluyendo instrucciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud que su Medico haya establecido.
- De mantener citas y notificar al Centro Quirurgico Ambulatorio o Medico cuando no se esta disponible para atender su cirugia.
- De sus acciones al rechazar el tratamiento o no seguir las ordenes medicas de su Medico.
- Asegurar que se cumplan las obligaciones financieras de su cuidado de salud lo antes posible.
- Seguir las políticas de las instalaciones, procedimientos y regulaciones.
- Ser considerado con los derechos de otros pacientes y servicio al personal.
- Ser respetuosos con su propiedad personal y la de otras personas en las instalaciones.

**Completar una Queja**

Si tiene una queja en contra del hospital o centro quirurgico ambulatorio, por favor llamar a la unidad de asistencia del consumidor al

**1-888-419-3456 (press 1)**

O escriba a la direccion de abajo:

**Agency for Health Care Administration  
Consumer Assistance Unit  
2727 Mahan drive – Bldg. # 1  
Tallahassee, FL 32306**

Si usted tiene una queja en contra del Centro de Salud y quiere recibir una forma para quejarse, llame a la Unidad de Asistencia del Consumidor al

**1888-419-3456 (press 2)**

O escriba a la direccion de abajo:

**Agency for Health Care Administration  
Consumer Service Unit  
P O Box 14000  
Tallahassee, FL 32317-4000**

## **Aviso de Practicas de Privacidad:**

Este aviso describe como la informacion medica acerca de su informacion o la de su niño (a) podria ser usada, divulgada y como usted podria tener acceso a esta informacion. Por favor leala cuidadosamente. El siguiente es el Aviso de Practicas de Privacidad de Tampa Outpatient Surgical Facility como se describe en el Health Insurance Portability Accountability Act of 1996 y las regulaciones promulgadas ahi, comunmente conocida como HIPPA. HIPPA requiere que Tampa Outpatient Surgical Facility por ley, mantenga la poliza de privacidad con respecto a usted o su niño (a) acerca de cualquier informacion de salud. Por ley, nosotros debemos de obedecer estos terminos de Practicas de Privacidad.

**Tratamiento** – Su **informacion medica** podria ser usada y divulgada por empleados hacia otros profesionales de salud con el proposito de evaluar su salud, diagnosticar cualquier condicion medica y proveer cualquier tratamiento. Por ejemplo, los resultados de laboratorio y procedimientos podrian estar incluidos en su archive medico para todos los profesionales de salud que necesiten darle un tratamiento medico o cualquier consultat que el personal del centro puedan tener.

**Pago** - Su **informacion medica** podria ser usada para averiguar acerca de cualquier pago que tendria que hacer de acuerdo a su plan medico, seguro automovilistico, o compañías de tarjeta de credito que usted podria usar para pagar por sus servicios. Por ejemplo, su seguro medico podria necesitar mas informacion acerca del dia de la cirujia, que servicios medicos se va hacer, y porque razones las necesita.

**Funcionamiento del Centro de Salud** – Su informacion medica podria ser usada diariamente si es necesario para dar asistencia a la administracion medica de Tampa Outpatient Surgical Facility. Por ejemplo, la informacion de los servicios que usted podria recibir podrian ser usados para amparar el presupuesto y financiamiento de los reportes financieros, evaluar las actividades medicas y propocionar calidad del mismo.

**Aplicacion de la Ley** – Su informacion de salud puede ser expuesta a las agencias de la ley, sin su permiso, para subsidiar la auditoria gubernamental e inspecciones y para facilitar la aplicacion de la ley en investigaciones para asi cumplir con lo mandado por el gobierno.

**Reporte Publico de Salud** – Su informacion de salud podria ser expuesta a las agencias de salud publico como es requerido por la ley. Por ejemplo, nosotros podriamos ser requeridos de reportar ciertas enfermedades al Departamento de Salud del Estado.

### **Informacion Adicional**

**Citas Recordatorias** – Su informacion de salud podria ser usada por nuestro personal medico para contactarlo acerca de su proxima cita.

**Informacion acerca de tratamientos** – Su informacion medica podria ser usada para enviarle informacion acerca del tratamiento y gestion de su condicion medica que podria interesarle. Nosotros tambien podriamos mandarle informacion describiendo otros servicios que puedan intersarle.

**Derechos Individuales** – Usted tiene ciertos derechos que son avalados bajo la ley federal.

Usted tiene derecho de:

- Requerir restriccion sobre el uso y divulgacion de su informacion medica.
- Recibir comunicacion confidencial concerniente a su estado de salud y tratamiento medico.
- Inspeccionar y copiar su informacion medica protegida.
- Modificar o enviar correcciones de su informacion medica protegida.
- Recibir una lista de como y a quien se le ha enviado su informacion medica protegida.
- Recibir y copiar este documento.

### **Deberes de Tampa Outpatient Surgical Facility**

- Mantener la privacidad de su informacion medica y proveerle esta lista de de derechos individuales.
- Cumplir con el esquema de practicas y polizas privadas que estan en este aviso.

**Derecho de Revisar sus Practicas Privadas** - Segun lo permitido por la ley, nosotros nos reservamos el derecho de enmendar o corregir nuestraS practicas y polizas privadas. Estos cambios tendrian que ser emmendados o corregidos en la Regulacion Federal de las leyes del Estado. Cualquiera sea la razon de estas revisiones, nosotros se lo informaremos en su proxima visita. La revision de la poliza seria aplicada a toda la informacion medica que tengamos en archivo.

**Solicitud para Inspeccionar Informacion de Salud Protegida** – Como lo dispone la ley federal, solicitamos que cualquier requerimiento de inspeccion o copia de la informacion de Salud protegida sea enviada por escrito. Usted podria solicitar una forma para poder acceder a sus archivos contactando a la Admitting and Registration Clerk or Facility Privacy Officer.

**Aviso de la Privacidad en la Internet** – Cada vez que usted visita la internet, cierta informacion es tambien enviada a la pagina web por su explorador. Tipos de informacion que pueden ser relacionadas en la clase de Sistema que usted esta usando, el tipo de explorador y la version del explorador, la resolucio de su pantalla y los colores, ya sea la llegada del sitio web desde como llega a el motor de busqueda. Informacion personal, incluyendo su correo electronico, no esta disponible cuando usted visita un sitio web, a menos que usted voluntariamente lo envíe.

De toda la informacion proporcionada a la pagina web de Tampa Outpatient Surgical Facility, nosotros guardamos el tipo de explorador que usted esta usando, la densidad del color y la resolucio de su systema web asi como el motor de busqueda. Esta informacion es usada exclusivamente para mejorar el rendimiento de este sitio web y mejorar la habilidad de asistir a los usuarios en encontrar la informacion necesitada.

Si usted envia un correo electronico a **Tampa Outpatient Surgical Facility (TOSF)**, nosotros usamos su correo electronico solo para responderle su correo electronico. Nosotros no damos, compartimos, vendemos o transferimos ninguna informacion personal, que incluya su correo electronico hacia una tercera persona.

**Quejas** – Si usted quiere formular un comentario o alguna queja acerca de la privacidad de su practica, usted puede hacerlo mandando una carta acerca de sus preocupaciones a:

**Privacy Officer  
Tampa Outpatient Surgical Facility (TOSF)  
5013 North Armenia Avenue  
Tampa, FL33603**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviarnos una carta describiendo la causa de su preocupacion a la misma direccion.

### **Usted no tendra represalias o sera penalizado por llenar una queja.**

El nombre y la direccion que usted puede contactar acerca de cualquier preocupacion concerniente en un futuro con su practica privada es:

**Administrator  
Tampa Outpatient Surgical Facility (TOSF)  
5013 North Armenia Avenue  
Tampa, FL33603  
813.875.0562**

## **Poliza Financiera**

Antes de su procedimiento, usted podria ser contactado para saber acerca de la cobertura de su seguro medico. Si usted no fue contactado antes de su procedimiento, por favor llame al (813) 875-0562. Usted tambien podria contactar a su seguro medico para hacerle cualquier pregunta acerca de su cobertura medica.

El dia del procedimiento, su co-pago, deducible, o pago sin seguro medico debera ser pagado el mismo dia a menos que usted haya hecho arreglos antes de su procedimiento. El pago de su servicio es extremadamente necesario el dia de su procedimiento. Todos los planes de pago son administrados por Epay Services..

Despues de su procedimiento, nosotros enviaremos su reclamacion al seguro medico, si es necesario. Le enviaremos la declaracion medica que incluya las tarifas por el uso del Centro Quirurgico. Si los costos del Centro Quirurgico no son pagados en su totalidad por su seguro medico, nosotros le enviaremos por correo la direncia.

Pagos son vencidos dentro de 30 dias de recibida la factura. Si el pago no se hace, usted recibira una notificacion adicional y despues de 90 dias usted podria ser enviado a colleccion. Cualquier sobrepago sera reembolsado a usted.

Si usted desea un estimado, por favor, requieralo con su Medico asi usted podra obtener un estimado exacto de acuerdo al procedimiento que se va a hacer. Reclamacion de Compensacion de Trabajo requiere mas informacion. Podriamos enviarle los estimados en 10 dias de negocios.

### **Compensacion de Trabajo:**

Si su cirujia es el resultado de un accidente de trabajo, nosotros podriamos necesitar informacion especifica (como nombre del portador de la Compensacion de Trabajo, el nombre del agente o persona de contacto en el trabajo, direccion de su empleador, dia y hora de su accidente, el numero de la reclamacion) antes de la cirujia.

### **Facturacion del Cirujano, Anestesia y Patologia:**

Su cirujano, anesthesiologo y patologo le enviaran su factura por separado. Preguntas acerca de estas facturas deberan ser respondidas por las respectivas oficinas.

### **Formas de Pago:**

Nosotros aceptamos: Dinero en efectivo, Visa, American Express, MasterCard, Discover Card, Tarjetas de Debito/ Credito incluyendo Tarjetas de Credito de Salud como Care Credit.

### **Programas de Participacion de Seguro Medico**

Nosotros aceptamos la mayoria de los planes de seguros. Si usted no esta seguro acerca de la participacion de nosotros en su cobertura medica, por favor llamarnos al (813)875-0562 con sus preguntas.



**TOSF PAGINA DE REGISTRACION**

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre Inicial

**SEGURO SOCIAL #:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **SEXO:** M F

**TELEFONO DE CASA:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **TELF. CELULAR:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL:** S M D W

**DIRECCION DE CORREO:** \_\_\_\_\_  
Calle Apt # Ciudad Estado ZiCode

**RAZA:** American Indian Asian/Pacific Black White Hispanic Other: \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**NOMBRE DOCTOR PRIMARIO:** \_\_\_\_\_ **TELF:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:**

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA TELEFONO RELACION

**INFORMACION DEL SEGURO: Complete y submita la tarjeta del seguro medico para poder enviar la factura**

**al seguro medico:**

**Relacion con el asegurado:** (Por favor escoja) MISMO ESPOSA DEPENDIENTE OTRO

**Primer Seguro Medico.** \_\_\_\_\_ Policy Holder (Asegurado): \_\_\_\_\_

Poliza#/ Miembro ID# \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

**Segundo Seguro Medico** \_\_\_\_\_ Policy Holder (Asegurado): \_\_\_\_\_

Poliza #/ Miembro ID# \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE POR EL SEGURO MEDICO: TIENE QUE SER LLENADO POR EL ASEGURADO PRIMARIO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SEGURO SOCIAL #:** \_\_\_\_\_ **DIA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DONDE TRABAJA:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Es este una caso de **Obra de Compensacion** ? Si No Dia del Incidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Es este un caso de **Accidente de carro**? Si No Dia del Incidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Ajustador y Telefono: \_\_\_\_\_

Es debido a **Otro Accidente lesionado / Accidente**? Si No Dia del Incidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CLAUSULA DE PAGO SIN SEGURO MEDICO:** Entiendo que voy a pagar sin seguro medico debido a que posiblemente mi seguro medico no cubre my procedimiento. Entiendo que si no le informo a Tampa Outpatient Surgical Facility por anticipado acerca de cualquier cambio relacionado a mi procedimiento, podria perder la capacidad de buscar un reembolso con mi seguro medico. \_\_\_\_\_

**Inicial**

**FIRMA DE AUTHORIZACION DE MEDICARE:**

Autorizo a cualquier titular del Social Security Administration and Health Care Financing Administration o intermediarios, portadores o agentes de facturacion del Medico o proveedor; cualquier informacion que sea necesaria o este relacionada con alguna reclamacion de Medicare. Permito una copia de esta autorizacion para que sea usada como original y requiero pagos de los seguros medicos segun los beneficios tanto hacia mi mismo o diferentes partidos que acepten esta asignacion. Entiendo que esta firma es una firma con duracion de por vida.

Firma

1<sup>ST</sup> VISIT

2<sup>ND</sup> VISIT

3<sup>RD</sup> VISIT

Date/Initial

Date/Initial

Date/Initial

**FIRMA DEL PACIENTE:** La informacion completada en esta forma es verdadera para mi conocimiento.

Firma

1<sup>ST</sup> VISIT

2<sup>ND</sup> VISIT

3<sup>RD</sup> VISIT

Date / Initial

Date / Initial

Date / Initial



Nombre: \_\_\_\_\_

**Declaracion del Paciente**

Empresas de centro de cirugía de la Florida, LLC D/B/A Tampa cirugía ambulatoria es una corporación de responsabilidad limitada (LLC), que es propiedad de Nakanachi I y otros especialistas practicantes que tienen un interés financiero, uno de los cuales puede ser su médico. Los otros especialistas practicantes son Thomas Greene, MD, Willem Nel, MD, Marc Weinstein, MD y David Halpern, MD. Estos partidos se han convertido en propietarios como consecuencia de su compromiso con el más alta calidad profesional de la salud y superior servicio al cliente. Quirúrgica ambulatoria de Tampa pueden tener una relación financiera con su médico, como se indica. Usted tiene el derecho a elegir una fuente alternativa de servicio. Por favor, póngase en contacto con su médico para obtener una lista de sitios que puede tener privilegios para la práctica. Una tabla de costos típicos para los servicios de instalación está disponible en su solicitud. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Acuso de recibo de los derechos del paciente y responsabilidades**

Reconozco que recibí y comprendi los derechos y responsabilidades del paciente. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Acuso de recibo del aviso de privacidad**

Reconozco que recibí el aviso de política de privacidad y entendi mis derechos Iniciales: \_\_\_\_\_

**Conocimiento de la Declaracion de Voluntad del Paciente**

Entiendo que Tampa Outpatient Surgical Facility no acepta Declaracion de Voluntad del Paciente (Advance Directive). Informacion con respecto a la Declaracion de Voluntad del paciene o testamento en vida podria ser entregado a mi persona mediante una solicitud. Entiendo que si Yo tengo mi declaracion de voluntad del paciente sera suspendida por el periodo de tiempo que mi tratamiento sea dado en el centro quirurgico ambulatorio. Si Yo requiero un cuidado en un hospital mi Testamento de Vida podria ser efectivo. **USTED DEBERA TRAER UNA COPIA DE SU DECLARACION DE VOLUNTAD DEL PACIENTE EL DIA DE SU PROCEDIMIENTO.** Si Yo no tengo un testamento de vida o declaracion de voluntad, me han ofrecido informacion para crear mi propio testamento de vida a peticion. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Testamento en Vida:**

He leído y comprendido la información que me suministró el personal con respecto a la Rescision o anulacion de mi voluntad de vida. Estoy de acuerdo y entiendo que al firmar el acuerdo de rescission o anulacion de Testamento en vida, estoy aceptando temporalmente rescindir mi testamento mientras estoy dentro de las instalaciones. También entiendo que al firmar este acuerdo para rescindir mi voluntad forzada por treinta 30 días desde la fecha de mi firma. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de financiación y asignación de beneficios del seguro.**

   Acepto la responsabilidad para asegurar que todos los servicios se paguen en total dentro de 90 días según las siguientes pautas: Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*Informacion adicional de HIPAA puede ser encontrada  
en la sala de espera.*

## **Autorización para la liberación de información de salud protegida**

---

Yo autorizo: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Yo no autorize la liberacion de mi informacion medica a nadie que no sea yo mismo.

La liberacion de informacion medica para/de:

**Tampa Outpatient Surgical Facility**

**5013 N Armenia Ave**

**Tampa, FL. 33647**

**Telefono: (813) 875-0562**

**Fax: (813) 875-1983**

Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, compañía de seguros o proveedor de atención de la salud, la divulgación de información puede no estar protegida por las normas de privacidad federales y estatales.

Al grupo de recepción de la información: esta información ha sido revelada a usted de registros cuya forma confidencial puede estar protegido por ley federal. Si es así, las regulaciones federales (42 CFR Part 2) prohíben hacer cualquier divulgación posterior del mismo sin consentimiento expreso y escrito de la persona a quien pertenece, o lo permitido por los reglamentos. Una autorización general para la liberación de información o información no es suficiente para este propósito.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Patient Sticker

**Forma de Consentimiento para la Anulacion temporaria de su Testamento en Vida  
y Permiso de reanimación cardiopulmonar durante la cirugía/procedimiento  
ambulatorio**

1. Usted a ejecutado un Testamento en Vida o Living Will?                    **SI**    **NO**  
2. Usted a ejecutado un Poder notarial duradero para tomar decisiones?   **SI**    **NO**

Entiendo que mis declaraciones de testamento vital puede incluir órdenes N.R. (no resucitar) que normalmente se aplican sólo a situaciones donde no se puede revertir el proceso de muerte y respiratorio o cardiaco son naturales manifestaciones de la inminente muerte.

También he sido informado que la depresión cardiaca o respiratoria de diferentes grados ocurre comúnmente durante la administración habitual de todo tipo de sedación o anestesia, generalmente es reversible y como tal, no es normalmente un signo de muerte inminente.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para permitir medidas de apoyo de vida plena para mí, según sea necesario, mientras que yo soy un paciente de cirugía ambulatoria de Tampa. Lo hago con el entendimiento de que si las medidas de apoyo de vida prolongada sea necesarias por cualquier razón, sólo continuará hasta que puedo estar segura trasladado al hospital más cercano. En ese momento, esas medidas podrían ser continuadas, según mi voluntad de vivir, si en efecto no había ninguna expectativa razonable para mi recuperación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PLACE PATIENT STICKER HERE**

***TeamHealth, Gulf-To-Bay Anesthesiology Associates***

**Base Pointe Anesthesia Billing Center**

**3231 North Star Circle, Louisville, TN 37777, (877) 307-4554**

**Liberacion de Informacion Medica y Acuerdos de Pagos**

TeamHealth Gulf-To-Bay Anesthesiology is un grupo profesional que provee servicios de anestesia como contratista independiente para Tampa Outpatient Surgical Facility. La factura de su anestesia es separada del centro quirurgico ambulatorio y de su Cirujano. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra participacion en su seguro medico u otra pregunta concerniente a la facturacion, por favor contactarse con el telefono que esta en la parte de arriba.

Yo autorizo a TeamHealth Gulf-To-Bay Anesthesiology a entregar cualquier informacion medica que sea necesaria a persona o corporacion que pueda ser responsable o este a cargo de todo o parte de los cargos de mi atención médica, incluyendo pero no limitado a mi compañía de seguros o empresas, Medicare, Medicaid, portadores de compensación del trabajador o mi empleador. La entrega de tal información se destinará a reembolsar TeamHealth Golfo a Bay Associates de Anestesiología para los servicios médicos prestados hacia mí. La información puede incluir los registros médicos relacionados con el tratamiento o diagnóstico de alcohol o enfermedades relacionadas con la droga, psiquiátricas u otro tipo de atención mental, trastornos de la alimentación, o resultados de la prueba del virus de inmunodeficiencia humana/SIDA.

Asigno a TeamHealth Gulf-To-Bay Anesthesiology mi derecho a recibir el pago por cualquier tratamiento médico que me suministre TeamHealth Gulf-To-Bay Anesthesiology . Estoy de acuerdo en hacer el pago completo para el tratamiento médico suministrado por TeamHealth Gulf-To-Bay Anesthesiology dentro de 60 días y me comprometo a pagar todos los gastos no cubiertos por seguros u otro pagador, excepto como prohibido por la ley.

Entiendo que TeamHealth Gulf-To-Bay Anesthesiology puede facturar y cobrar por servicios prestados por mi anesthesiólogo y otros miembros del equipo de cuidados de anestesia. Por la presente autorizo el pago directamente a la TeamHealth Gulf-To-Bay Anesthesiology de beneficios lo contrario a pagar a mi o mi anesthesiólogo y miembros del equipo del cuidado de la anestesia

Para pacientes sin seguro medico: entiendo que cualquier dinero pagado antes de la cirugía es sólo una estimación. La estimación se basa en la duración estimada de la cirugía. Los cargos exactos no pueden determinarse de antemano. Si la cirugía va sobre la duración estimada, se le facturará por el saldo. Si la cirugía es menor a la longitud estimada, se le emitirá un reembolso.

El consentimiento está sujeto a su revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que TeamHealth Gulf-To-Bay Anesthesiology ya haya tomado medidas al respecto. Si no es revocada antes, esta autorización terminará cuando haya completado todas las transacciones con respecto a mi tratamiento

Si este formulario es firmado por un responsable, el responsable declarara que él o ella está autorizada a aceptar las condiciones de este formulario en nombre del paciente y está de acuerdo. La parte responsable acepta responsabilidad por el pago de las facturas médicas del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Date

Relacion de la Persona Responsable con el Paciente: \_\_\_\_\_

PATIENT STICKER

Nombre: \_\_\_\_\_

### Informacion Adicional en el Dia de su Procedimiento

#### Informacion del Chofer asignado:

Esta persona me llevara a mi casa despues de darme de alta:

\_\_\_\_\_

- El chofer se quedara en el Centro Quirurgico Ambulatorio durante el Procedimiento.
- El chofer se retirara del Centro Quirurgico Ambulatorio durante el procedimiento y pude ser contactado al:

\_\_\_\_\_

Si el chofer asignado es llamado por telefono para recoger al paciente, por favor parquearse en el lado de la parte de atras del Centro Quirurgico Ambulatorio, en el lugar designado "Recogida del paciente". Debe tocar el timbre en las puertas dobles bajo el pabellon naranja. Nuestro personal lo llevara hacia usted para ser dado de alta.