DUPONT SURGERY CENTER

4004 DUPONT CIRCLE

LOUISVILLE, KY 40207

502.896.6428

Estimado paciente:

Las reglamentaciones federales han establecido un programa informativo para todos los pacientes que planean tener una cirugía o un procedimiento en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés).

Adjunta se encuentra la información que necesita leer y sobre la cual debe tomar conocimiento antes del día programado de su cirugía o procedimiento.

Por favor, también tenga en cuenta que se le requerirá que firme un formulario verificando que recibe esta información tanto verbalmente y como por escrito. Nuestra enfermera de llamadas pre-operatorias se comunicará con usted para revisar esta información con usted, si ya no lo ha hecho.

No dude en comunicarse con el Centro si tiene cualquier pregunta o inquietudes que pueda tener antes de su cirugía programada o procedimiento.

*El Personal del Centro Quirúrgico Dupont*

**Las Directivas Anticipadas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

De conformidad con la legislación de Kentucky, este centro debe informarle a usted que no estamos obligados a atender y no honramos las directivas de no resucitación (o DNR por sus siglas en inglés).

Si un paciente proporciona su directiva anticipada se colocará una copia en la historia médica del paciente y se la transferirá con el paciente si su médico ordena la transferencia a un hospital.

En todo momento el paciente o su representante podrán obtener cualquier información que necesiten para dar el consentimiento informado antes de cualquier tratamiento o procedimiento.

A fin de asegurarle a la comunidad que atiende esta instalación, la información relacionada con las directivas anticipadas está disponible en esta instalación. Mientras que el estado de Kentucky no requiere un formulario en particular para una directiva anticipada, los formularios de muestra están disponibles en la oficina del centro. Para obtener este formulario e información, por favor llame al: 502.896.6428

**La Participación de los médicos­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Esto es para informarle que su médico puede tener un interés financiero o de propiedad en este centro. Los siguientes son médicos que tienen un interés de propiedad directo o indirecto:

Frank Burns 5135 Dixie Hgwy #15 Louisville, KY 40216 1881703924

Richard Cohen 4004 Dupont Circle Louisville, KY 40207 1538126552

Richard Eiferman 6400 Dutchmans Pkwy #220 Louisville, KY 40205 1386677797

Mohammed Haider 2932 Breckenridge Lane Louisville, KY 40220 1871622258

Tom Harper 3810 Springhurst Blvd. Louisville, Ky 40241 1346440583

R. Scott Hoffman 4004 Dupont Circle Louisville, KY 40207 1194700070

David Karp 4004 Dupont Circle Louisville, KY 40207 1376528240

Rishi Kumar 4940 Hazelwood Ave Louisville, KY 40214 1114970415

Julie Lee 3950 Kresge Way Louisville, KY 40207 1457343550

Tom Stone 6400 Dutchman’s Lane Ste. 70 Louisville, KY 40205 1528064219

Lloyd Taustine 1169 Eastern Parkway #3334 Louisville, KY 40217 1437151099

Maurine Waterhouse 4001 Kresge Way Louisville, KY 40207 1326192386

**Los Derechos de los Pacientes**

La siguiente lista de derechos del paciente no está destinada a tener todo incluido. Los pacientes que reciben atención en nuestro centro tienen derecho a:

* Ser tratado con respeto, consideración y dignidad.
* Ejercer estos derechos y a ser tratado sin consideración del sexo, la raza, la cultura, la condición económica, la educación o la religión y sin temor a la discriminación o a la represalia.
* Ser tratado en un ambiente seguro que está libre de amenazas físicas o psicológicas.
* Esperar que todas las barreras arquitectónicas identificadas se traten y, cuando sea posible, tales barreras se modifiquen o se corrijan.
* Acceder a la asistencia en la comunicación (por ejemplo, intérpretes, lenguaje por señas para sordomudos, etc.).
* Proporcionársele privacidad y confidencialidad relacionada con su atención médica – el paciente tiene el derecho a que se le aconseje sobre la razón por la presencia de cualquier individuo directamente involucrado o en observación de su atención.
* Estar libre de restricción excepto cuando esté indicado para proteger al paciente o a otros de lesiones.
* Que se traten sus preguntas, inquietudes o quejas en buena fe.
* Esperar continuidad en su atención. No se dará de alta o transferirá al paciente a otra instalación sin previo aviso, excepto en el caso de una emergencia médica y dentro de los límites de reglamentaciones legales.
* Disposiciones para atención de emergencia y después de hora.
* Acceder a intervenciones necesarias quirúrgicas y/o de procedimiento que están indicadas médicamente.
* Obtener cualquier información que necesite para dar el consentimiento informado antes de cualquier tratamiento o procedimiento.
* Que se le provea, hasta el grado conocido, la información completa y oportuna relacionada con el diagnóstico, la evaluación, el tratamiento y el pronóstico. Cuando no es médicamente aconsejable dar tal información al paciente, la información se le brindará a la persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada.
* Hacer elecciones y decisiones relacionadas sobre su atención médica hasta el punto permitido por la ley – esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento.
* Formular directivas anticipadas y designar un sustituto para tomar decisiones sobre la atención de la salud en su nombre hasta el punto permitido por la ley. La decisión de la atención del paciente no estará condicionada sobre la existencia de una directiva anticipada. (Por favor vea la política del centro sobre las directivas anticipadas a continuación).
* Hacer que su registro e historia médica se traten de manera confidencial y se le dé la oportunidad de aprobar o negar la divulgación de los mismos, excepto cuando la misma sea requerida por ley.
* Recibir, a pedido, y a un honorario razonable establecido por el Departamento de Administración de Información de la Salud, una copia de su historia médica.
* Conocer los servicios disponibles en la organización.
* Conocer los honorarios por los servicios.
* Pedir una declaración detallada por artículo de todos los servicios que se le han proporcionado en la instalación, junto con el derecho a estar informado sobre la metodología de pago utilizada.
* A su propio costo, consultar con otro médico o especialista si se solicitan y están disponibles otros médicos o dentistas.
* Estar informado sobre la conducta y las reglamentaciones de responsabilidades del paciente.
* Negarse a participar en investigación experimental.
* Conocer la identidad, el estado profesional, la afiliación institucional y credenciales de los profesionales de atención de la salud que brindan su atención, y que se le asegure que estos individuos han sido debidamente acreditados de acuerdo a las políticas del centro.
* Estar informado de su derecho a cambiar a su proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.
* A que se le proporcione información apropiada relacionada con la ausencia de cobertura por mal praxis.
* Estar informado sobre los procedimientos para expresar sugerencias, quejas y reclamos, incluyendo aquellas requeridas por reglamentaciones estatales y federales.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Las Responsabilidades del Paciente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**La atención que el paciente recibe depende parcialmente del paciente. Por lo tanto, además de estos derechos, un paciente tiene ciertas responsabilidades que se le presentan al paciente con el espíritu de mutua confianza y respeto.**

**Las responsabilidades del paciente requieren que el paciente:**

* Proporcione información completa y exacta según su mejor saber y entender sobre su salud, todos sus medicamentos, incluyendo productos que toma sin receta médica y suplementos dietéticos y sobre todas las alergias o sensibilidades.
* Hacer conocer si comprende claramente el curso de su tratamiento médico y que se espera de él/ella.
* Cumplir con el plan de tratamiento indicado por su proveedor.
* Cumplir con sus citas y notificar al centro quirúrgico o al médico cuando no pueda hacerlo.
* Disponer de un adulto responsable para que le transporte a su hogar desde la instalación y permanezca con él/ella por 24 horas, si así lo requiriese su proveedor.
* Aceptar la responsabilidad por sus acciones en caso de que rechace el tratamiento o no cumpla con las órdenes de su médico.
* Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por su seguro.
* Cumplir con las políticas y los procedimientos de nuestra instalación.
* Ser respetuoso de todos los proveedores de la atención de la salud y del personal, como así también de otros pacientes.

**El Tutor del Paciente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**El tutor del paciente, el familiar, o la persona responsable legalmente autorizada tiene derecho a ejercer los derechos delineados en el nombre del paciente, en la medida permitida por la ley, si el paciente:**

* Ha sido declarado incompetente de acuerdo con la ley.
* Ha designado un representante legal para actuar en su nombre.
* Es un menor.

**Los Reclamos del Paciente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Se estimula al paciente y a la familia a ayudar a la instalación para mejorar su comprensión del entorno del paciente, proporcionándole información, sugerencias, comentarios y / o quejas relacionadas con las necesidades del servicio, y las expectativas.

Un reclamo o queja debe registrarse comunicándose con el centro y/o con un defensor del paciente en el Kentucky Cabinet for Health and Family Services o Medicare (los números se listan a continuación).

El centro quirúrgico responderá por escrito con notificación sobre la manera en la cual se ha tratado el reclamo.

**Contactos:** Dupont Surgery Center

 Vicki Lococo or Sherry Oeswein

 4004 Dupont Circle

 Louisville, KY 40207

 502.896.6428

Kentucky Cabinet for Health and Family Services
275 East Main Street
Frankfort, KY 40621

800.372.2973

Medicare Beneficiary Ombudsman

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) (el vínculo del defensor del pueblo está en la columna de la mano izquierda)

Dupont Surgery Center

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe las prácticas de privacidad del Dupont Sugery Center (Centro Quirúrgico Dupont) y los médicos que proveen servicios a los pacientes en este centro quirúrgico.

**Información de la Salud del Paciente**

Bajo ley federal, la información de la salud del paciente está protegida y es confidencial. La información de la salud del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información también incluye el pago, la facturación y la información sobre el seguro.

**Cómo usamos su Información sobre la Salud**

Usamos la información sobre su salud para su tratamiento, para obtener el pago, y para operaciones de atención de la salud, incluyendo fines administrativos y la evaluación de la calidad de la atención que usted recibe. Bajo ciertas circunstancias, se nos puede requerir usar o divulgar la información aún sin su permiso.

**Ejemplos de Tratamiento, Pago, y Operaciones de Atención de la Salud**

*Tratamiento:* Usaremos y divulgaremos su información para proporcionarle el tratamiento médico o los servicios. Por ejemplo, las enfermeras, los médicos y los otros miembros del equipo de su tratamiento registrarán información en su historia médica y la usarán para determinar el curso de atención más apropiado. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención de la salud que participan en su tratamiento, a los farmacéuticos que preparan sus recetas, y a sus familiares que ayudan en su atención.

*Pago:* Usaremos y divulgaremos su información para los propósitos de pago. Por ejemplo, podemos necesitar obtener autorización de su compañía de seguros antes de proporcionarle ciertos tipos de tratamiento. Presentaremos las facturas y mantendremos los registros de pago por parte de su plan de salud.

*Operaciones de Atención de la Salud:* Usaremos y divulgaremos la información de la salud para conducir nuestras operaciones internas normales, incluyendo administración apropiada de registros, evaluación de calidad del tratamiento, y evaluar la atención y los resultados de su caso y otros como el suyo.

**Usos Especiales**

Podemos usar su información para comunicarnos con usted para recordarle sobre citas. También podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre alternativas del tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que le puedan ser de interés.

**Otros Usos y Divulgaciones**

Podemos usar o divulgar información de la salud identificable sobre usted por otras razones, aún sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, se nos permite dar información sobre la salud sin su permiso por los siguientes propósitos:

* *Requerido por ley:* Se nos puede requerir por ley informar sobre disparos de armas de fuego, sospechas de abuso de negligencia o lesiones y eventos similares.
* *Actividades de Salud Pública:* Como lo requiere la ley, podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con la retirada de productos peligrosos, e información similar a las autoridades de salud pública.
* *Supervisión de la Salud:* Se nos puede requerir divulgar información para asistir en la investigación de auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales, y actividades similares.
* *Procedimientos administrativos y judiciales:* Podemos divulgar información en respuesta a una citación judicial apropiada o a una orden judicial.
* *Propósitos de las fuerzas del orden público:* Sujeto a ciertas restricciones, podemos divulgar información requeridas por los funcionarios de las fuerzas del orden público.
* *Muertes:* Podemos reportar información relacionada con muertes a los médicos forenses, examinadores médicos, directores funerarios y a los organismos de donación de órganos.
* *Grave amenaza a la salud o a la seguridad:* Podemos usar y divulgar información cuando sea necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
* *Funciones Militares o Especiales del Gobierno:* Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos dar a conocer información como lo requieren las autoridades militares de comando. También podemos divulgar información a las instituciones correccionales o a los fines de la seguridad nacional.
* *Investigación:* Podemos usar o divulgar información para investigación médica aprobada.
* *Indemnización del Trabajador:* Podemos dar a conocer información sobre su indemnización del trabajador o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En cualquier otra situación, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información de la salud identificable sobre usted. Si usted elige firmar una autorización para divulgar información, puede más tarde revocar esa autorización y detener todos los usos y divulgaciones futuras.

**Derechos Individuales**

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información de la salud. Por favor comuníquese con la persona listada más abajo para obtener el formulario apropiado para ejercer estos derechos.

*Solicitar restricciones*: Usted puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de la salud. No se requiere que nosotros estemos de acuerdo con tales restricciones, pero si lo estamos, debemos respetar esas restricciones.

*Comunicaciones Confidenciales*: Nos puede pedir que nos comuniquemos con usted confidencialmente, por ejemplo, enviándole notificaciones a una dirección especial o no usando postales para recordarle sobre sus citas.

*Inspeccionar y obtener copias*: En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver y obtener una copia de la información de su salud. Puede haber un pequeño cargo por las copias.

*Enmendar la información*: Si usted cree que la información en su historia médica es incorrecta, o si falta información importante, usted tiene el derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos la información faltante.

*Contabilidad de las divulgaciones*: Usted puede solicitar una lista de las veces en las cuales hemos divulgado su información de la salud por razones distintas al tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud.

**Nuestro Deber Legal**

Se nos requiere por ley proteger y mantener la privacidad de su información de la salud, proporcionar este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con la protección de la información de la salud, y cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigencia.

**Cambios en las Prácticas de Privacidad**

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de hacer cualquier cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y pondremos un nuevo aviso en la sala de espera. También puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona listada abajo.

**Quejas**

Si usted tiene alguna inquietud de que hemos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que hicimos sobre su historia médica, puede comunicarse con la persona listada abajo. También puede enviar una queja por escrito al: U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.). La persona listada abajo le proporcionará con la dirección apropiada a su pedido. No se le penalizará en ninguna manera.

**Persona de contacto**

Si tiene alguna pregunta, pedidos, o quejas, por favor, comuníquese con Vicki Lococo, Privacy Officer, 4004 Dupont Circle, (502) 896-6428.

**Contratistas Independientes**

Dupont Surgery Center y los médicos que practican aquí son contratistas independientes y por lo tanto no asumen ninguna responsabilidad por los servicios o la conducta del otro.

**Fecha en vigencia:** La fecha en vigencia de este aviso es el 14 de abril de 2003