

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DE PROGRAMACIÓN DE GASTROENTEROLOGÍA DE NORTHSIDE

Complete este formulario al menos 1 semana antes de su procedimiento programado y tráigalo con usted el día de su procedimiento.

Nombre del paciente: _____ DOB: _____ Teléfono: _____

Nombre/Relación de la pulsión con el paciente: _____ Teléfono del conductor #: _____

¿Podemos hablar sobre su salud con su conductor? S o N

Altura actual: _____ Peso actual: _____ IMC: _____
(Vamos a calcular)

Motivo del procedimiento: _____

HISTORIAL DE SALUD

Pregunta	Y	N
¿Ha tenido un ataque cardíaco o la colocación de un stent en los últimos 6 meses?		
¿Tienes alguna afección cardíaca, como un soplo o un ritmo cardíaco anormal?		
¿Has experimentado recientemente dolor en el pecho o dificultad inusual para respirar?		
¿Tienes alguna prueba cardíaca pendiente?		
¿Tiene un marcapasos CON desfibrilador?		
¿Ha tenido una enfermedad respiratoria dentro de las 2 semanas posteriores a su procedimiento programado?		
¿Usa oxígeno en casa y/o lo usa "según sea necesario"?		
¿Le han diagnosticado diverticulitis o infecciones por C-Difficile en las últimas 2 semanas?		
¿Está tomando actualmente un GLP1 y/o un medicamento para bajar de peso?		
¿Está recibiendo actualmente o tiene programado un tratamiento de diálisis?		
En los últimos 90 días, ¿ha tenido un accidente isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular?		
¿Estás tomando actualmente un medicamento anticoagulante recetado?		
¿Tienes un trastorno convulsivo? Si es así, ¿ha tenido una convulsión en los últimos 3 meses?		
Después de una cirugía previa, ¿alguna vez le han dicho que tiene vías respiratorias difíciles?		
¿Usted o un familiar directo ha tenido dificultades con la anestesia?		
¿Te has sometido a una cirugía de cabeza, cuello o cuerdas vocales y/o radiación en la cabeza/cuello?		
¿Ha experimentado una reacción anafiláctica (potencialmente mortal) al látex?		
¿Te has sometido a una cirugía cardíaca o abdominal en los últimos 2 meses?		
¿Has tenido un coágulo de sangre o una embolia pulmonar en los últimos 90 días?		
¿Tiene un rango de movimiento limitado en la cabeza o el cuello?		

Other medical conditions with details: _____

PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

Pregunta	Y	N
¿Te hace un seguimiento regular de un cardiólogo? Si es así, fecha de la última vista:		
¿Te han diagnosticado apnea del sueño?		
¿Utiliza una máquina CPAP o un dispositivo similar?		
¿Tienes asma?		
¿Usas inhaladores?		
¿Tienes reflujo o acidez estomacal?		
¿Tiene dificultad para tragar y/o se le atasca la comida/líquido en la garganta?		
¿Eres anémico actualmente? (es decir, bajo nivel de hierro o hemoglobina)		
¿Alguna vez te han diagnosticado cáncer (incluso de piel)?		
Si ha tenido cáncer, anote el tipo, la fecha del diagnóstico y el tratamiento:		
¿Te han diagnosticado diabetes?		
Si te han diagnosticado diabetes, haz una lista del tipo y de tu último A1C:		
¿Tienes enfermedad hepática o tiroidea?		
¿Tienes enfermedad renal?		

¿UTILIZAS ACTUALMENTE O HAS UTILIZADO ANTERIORMENTE LO SIGUIENTE?

Tabaco: Importe _____ Duración _____ Fecha de salida ____
 Alcohol: Importe _____ Fecha de salida _____
 Drogas recreativas: Importe _____ Frecuencia _____ Fecha de salida ____

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS, LOS ALIMENTOS Y OTRAS ALERGIAS

LISTA DE TODAS LAS CIRUGÍAS DESDE LA INFANCIA HASTA EL PRESENTE

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS (INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS HERBALES Y LOS SUPLEMENTOS)

Medicación	Dosificación	Ruta	Frecuencia	Fecha de la última toma

Centro de Endoscopia Gastroenterológica de Northside
8424 Naab Rd 3-G
Indianápolis, V 46260
317-871-7308

POR FAVOR, TRAIGA ESTE DOCUMENTO A SU CITA

Es su responsabilidad discutir los beneficios y las redes con su compañía de seguros. Todos los ID de proveedores nacionales se enumeran para verificar las redes. El código CPT base para la colonoscopia es 45378. El código CPT base para EGD es 43235. Nuestra oficina solo se hace responsable de las autorizaciones.

Después de presentar la declaración del seguro, si se usa, es posible que reciba una factura de:

Centro de Endoscopia de Gastroenterología de Northside, LLC para el centro
NPI 1659344133

Northside Gastroenterology Inc., P.C. para médico y patología
NPI 1568578201

AmSurg Indianapolis Anesthesia, LLC para anestesia
NPI 1487056388

- Si la anestesia está FUERA DE LA RED, no debe pagar más de \$500 de su bolsillo.
- También puede recibir una factura de Ameripath por la preparación de portaobjetos para patología. Están en red con la mayoría de las compañías de seguros.
- Si experimenta un cambio en el seguro, comuníquese con nuestra oficina de inmediato, ya que eso puede afectar su
- Procedimiento de autorización y demora.
- Este procedimiento podría costar en promedio \$ 1500 a \$ 2000 según lo normal, con seguro, si no se cumple con el deducible.

Entiendo que, en última instancia, soy responsable de cualquier saldo restante, ya sea pagado por el seguro.

Nombre

Fecha

Su firma reconoce que ha sido informado de nuestras prácticas de facturación.

Centro de Endoscopia Gastroenterológica de Northside

REGISTRO DE PACIENTES/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico remitente: _____ PCP: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la farmacia: _____ Farmacia #: _____

Dirección de la farmacia: _____

Nombre de la farmacia de pedidos por correo: _____ Teléfono #: _____ Fax #: _____

¿Tiene directivas médicas anticipadas? Y N ¿Quieres información sobre directivas avanzadas? Y N

Nota: Las directivas anticipadas son documentos legales como un testamento vital, DNR, poder notarial duradero, etc

Doy permiso al Centro de Endoscopia de Gastroenterología de Northside para discutir mi información personal, médica o financiera...

Si nos comunicamos con usted para una llamada de seguimiento:

¿A qué número de teléfono quiere que llamemos? _____

Hogar Trabajo Móvil Otro

¿Podemos dejar un mensaje si no responde? Sí No

¿Podemos hablar con alguien más que pueda responder? Sí No

Debido a las reglas y regulaciones de HIPAA, no se nos permite divulgar su información médica (resultados de pruebas, resultados de laboratorio, información sobre citas, reclamos de seguros o cualquier otra información relacionada con su archivo) a nadie, ni siquiera a los miembros de su familia, a menos que tengamos su permiso por escrito.

Enumere a las personas (excluyendo a los médicos) con las que podemos hablar con respecto a su atención:

ESTA INFORMACIÓN SE COMPARTIRÁ CON NORTHSIDE GASTROENTEROLOGY, INC.

X _____

Fecha: _____

FOLLETO DE DERECHOS DEL

Centro de Endoscopia Gastroenterológica de

DERECHOS DEL PACIENTE Y NOTIFICACIÓN DE PROPIEDAD

Todo paciente tiene derecho a ser tratado como un individuo y a participar activamente y a tomar decisiones informadas con respecto a su atención. El centro y el personal médico han adoptado la siguiente lista de derechos y responsabilidades del paciente, que se comunica a cada paciente, o al representante o sustituto del paciente antes del procedimiento.

Derechos del paciente:

Todo paciente de un centro tendrá derecho a:

- A recibir tratamiento sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, discapacidad o fuente de pago.
 - Recibir una atención considerada, respetuosa y digna.
 - A que se le brinde privacidad y seguridad durante la prestación del servicio de atención al paciente.
 - Recibir información de su médico sobre su enfermedad, su tratamiento y sus perspectivas de recuperación en términos que pueda entender.
 - Recibir toda la información sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto que pueda necesitar para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento.
 - Cuando no es médicamente aconsejable dar dicha información a un paciente, la información se proporciona a una persona designada por el paciente, o a una persona legalmente autorizada.
 - Para tomar decisiones con respecto a la atención médica recomendada por el médico. En consecuencia, el paciente puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico recomendado. Si se rechaza el tratamiento, el paciente tiene derecho a que se le informe de los efectos que esto puede tener en su salud, y la razón se informará al médico y se documentará en la historia clínica.
 - A estar libre de abuso mental y físico, o explotación durante el curso de la atención al paciente.
 - Las presuntas violaciones/quejas de All relacionadas, entre otras, con el maltrato, la negligencia, el abuso verbal, mental, sexual o físico se documentarán completamente y estas acusaciones se informarán inmediatamente al Líder del Centro o a la persona que éste designe.
- Las denuncias fundamentadas se comunicarán a la autoridad estatal o a la autoridad local, o a ambas.
- Consideración completa de la privacidad con respecto a su atención médica. La discusión, la consulta, el examen y el tratamiento del caso son confidenciales y se llevarán a cabo de manera discreta.
 - Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención y su estadía en el centro. Se deberá obtener su permiso por escrito antes de que sus registros médicos puedan estar disponibles para cualquier persona que no esté directamente relacionada con su atención. El centro ha

- A la evaluación y manejo adecuado del dolor.
- A ser informado si el médico que brinda la atención tiene un interés financiero en el centro quirúrgico.

Responsabilidades del paciente:

- Proporcionar información completa y precisa en la medida de sus posibilidades sobre su salud, cualquier medicamento, incluidos los productos de venta libre y los suplementos dietéticos, y cualquier alergia o sensibilidad.
- Seguir el plan de tratamiento prescrito por su proveedor, incluidas las instrucciones preoperatorias y de alta.
- Proporcionar un adulto responsable para transportarlos a casa desde el centro y permanecer con ellos durante 24 horas, si así lo requiere su proveedor.
- Para informar a su proveedor sobre cualquier testamento vital, poder notarial médico u otra directiva anticipada de atención médica vigente.
- Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por su seguro.
- Ser respetuoso con todos los profesionales y el personal sanitario, así como con los demás pacientes.

Si necesita un intérprete:

Si necesita un intérprete, háganoslo saber y se le proporcionará uno. Si tiene a alguien que pueda traducir información confidencial, médica y financiera para usted, haga arreglos para que lo acompañe el día de su procedimiento.

Derechos y respeto a la propiedad y a la persona

El paciente tiene derecho a:

- Ejercer sus derechos sin ser objeto de discriminación o represalias
- Expresar quejas con respecto al tratamiento o la atención que se proporciona o no se proporciona
- Estar completamente informado sobre un tratamiento o procedimiento y el resultado esperado antes de que se realice.
- Confidencialidad de la información médica personal

Privacidad y seguridad. El paciente tiene derecho a:

- Privacidad personal
- Recibir atención en un entorno seguro
- Estar libre de toda forma de abuso o acoso.

Directivas Anticipadas

Una "Directiva Anticipada" es un término general

Eso se refiere a sus instrucciones sobre su atención médica en caso de que no pueda expresar estas instrucciones usted mismo.

Cada estado regula las directivas anticipadas de manera diferente. Las leyes estatales con respecto a las Directivas Anticipadas se encuentran en el Código de Indiana 16-36. En el estado de Indiana, un paciente tiene derecho a recibir instrucciones orales y escritas sobre su

Directivas Anticipadas cont.

El Centro de Endoscopia Gastroenterológica de Northside respeta el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas con respecto a su atención. El Centro ha adoptado la posición de que un centro de cirugía ambulatoria no es el entorno más apropiado para tomar decisiones sobre el final de la vida. Por lo tanto, es política de este centro quirúrgico que, en ausencia de una Directiva Anticipada aplicable debidamente ejecutada, si hay un deterioro en la condición del paciente durante el tratamiento en el centro quirúrgico, el personal del centro iniciará medidas de reanimación u otras medidas estabilizadoras. El paciente será trasladado a un hospital de cuidados intensivos, donde se tomarán más decisiones sobre el tratamiento. Si el paciente tiene directivas anticipadas que se han proporcionado al centro quirúrgico que afectan las medidas de reanimación que se están tomando, discutiremos el plan de tratamiento con el paciente y su médico para determinar el curso de acción apropiado que se debe tomar con respecto a la atención del paciente.

Quejas/Reclamos: Si tiene un problema o queja, hable con uno de nuestros empleados para abordar su inquietud. Si es necesario, su problema se presentará a la administración del centro para su resolución, tiene derecho a que se investiguen sus quejas verbales o escritas y a recibir una notificación por escrito de las acciones tomadas.

Los siguientes son los nombres y/o agencias con los que puede comunicarse:

Administrador del Centro
8424 Naab Rd. Suite 3-G
Indianapolis, IN 46260
Teléfono: 317-871-7308

Puede comunicarse con el estado para presentar una queja; Departamento de Salud del Estado de Indiana
2 Calle del Meridiano
Norte Indianápolis, IN
46204
Teléfono: 317.233.1325

Sitio web del estado: <http://www.in.gov/isdh/>

Sitio web del Defensor del Pueblo de Medicare
<https://www.cms.gov/center/special> Tema/Defensor-del-Beneficiario-de-Medicare-Ombudsman

Medicare: www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Oficina del Inspector General: <http://oig.hhs.gov>

Asociación de Acreditación para la Atención Médica Ambulatoria (AAAHc)
3 Parkway Norte, Suite 201
Deerfield, IL 60015
847.853.6060
info@aaahc.org

FOLLETO DE DERECHOS DEL

Centro de Endoscopia Gastroenterológica de

establecido políticas para regir el acceso y la duplicación de los registros de los pacientes.

l) A que la atención se preste en un entorno seguro, libre de toda forma de abuso, negligencia, acoso o represalia.

m) Continuidad razonable de la atención y conocer de antemano la hora y el lugar de la cita, así como el médico que brinda la atención.

n) Ser informado por su médico o un delegado de su médico de los requisitos de atención médica continua después de su alta del centro.

o) Conocer la identidad y el estatus profesional de las personas que les prestan servicios, y conocer el nombre del médico que es el principal responsable de la coordinación de su atención.

p) A ser informado del derecho a cambiar de proveedor si hay uno disponible.

q) Saber qué reglas y políticas del establecimiento se aplican a su conducta mientras es paciente.

r) Para que todos los derechos de los pacientes se apliquen a la persona designada en virtud de la ley estatal para actuar en nombre del paciente cuando el paciente es declarado incompetente y cuando el tribunal no ha declarado incompetente al paciente, cualquier representante legal designado por el paciente de acuerdo con la ley estatal puede ejercer los derechos del paciente en la medida permitida por la ley estatal.

s) A ser informado de cualquier investigación o tratamiento experimental o medicamentos y a negarse a participar sin comprometer la atención del paciente. El consentimiento por escrito del paciente para participar en la investigación se obtendrá y se conservará en su expediente clínico.

A examinar y recibir una explicación de su factura, independientemente de la fuente de pago.

futura atención médica y tratamiento. Una directiva anticipada puede nombrar a una persona de su elección para que tome decisiones de atención médica por ella cuando no puede tomar la decisión . opciones por sí mismos o para prevenir ciertas que las personas tomen decisiones de atención médica en su nombre.

<http://www.in.gov/isdh/25880.htm>

Usted tiene derecho a una decisión informada con respecto a su atención, incluida la información sobre las directivas anticipadas y la política de este centro sobre directivas anticipadas . Los formularios estatales correspondientes también se proporcionarán a pedido. Un miembro de nuestro personal discutirá las directivas anticipadas con el paciente (y/o el representante o sustituto del paciente) antes de que se realice el procedimiento.

El Centro de Endoscopia Gastroenterológica de Northside cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Northside Gastroenterology Endoscopy Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Centro de Endoscopia Gastroenterológica de Northside cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo o discapacidad.

Centro de Endoscopia Gastroenterológica Northside, Inc.

mf8tttSt:1t5tJi:tm5,E :r-tzsl- - Jlll. fc' lif - 7J gx; tl:T:UffmJJ: HiH:EfoJA . St':

Interés financiero y propiedad del médico:

El Centro es propiedad, en parte, de los médicos. Los médicos que lo remitieron a este Centro y que realizarán su(s) procedimiento(s) pueden tener un interés financiero y de propiedad. Los pacientes tienen derecho a ser tratados en otro centro de salud de su elección. Hacemos esta divulgación de acuerdo con las regulaciones federales.

Fyeza Haider, MD
Lawrence Born, MD
Taiseer Shatara, MD
Arthur Baluyut, MD
Mark Scheidler, MD
Spencer Wison, MD

Centro de Endoscopia
Gastroenterológica de Northside
8424 Naab Rd. Suite 3-G
Indianápolis, IN 46260