



7445 E. Tanque Verde Road, Tucson, AZ 85715
(520) 722-0929 FAX: (520) 722-0930

Consentimiento informado para el procedimiento gastrointestinal (GI) con cuidado de anestesia monitoreado (MAC)

Yo autorizo a Miguel Arenas, MD, (Mi "Médico") a realizar el siguiente procedimiento: *Colonoscopia con posible biopsia, polipectomía, terapia de inyección, cauterio y / o dilatación.*

La siguiente información se presenta para ayudarle a entender las razones y algunos de los posibles riesgos y complicaciones de estos procedimientos.

Sus servicios de sedación y anestesia serán administrados y monitoreados por un anestesiólogo. (MAC)

MAC con Propofol: Propofol es un agente anestésico de acción muy corta que es administrado por un anestesiólogo.

Propofol provoca que se caiga en **un sueño profundo** que se mantiene a lo largo del procedimiento. Después del procedimiento, la mayoría de los pacientes deben despertarse en unos pocos minutos. Su anestesiólogo permanecerá con usted durante todo el procedimiento.

Los efectos deseados incluyen:

1. Cooperación
2. Relajación
3. Variación mínima de la señal vital y la saturación de oxígeno

Los efectos no deseados incluyen:

1. Sueño irresistible
2. Hipotensión
3. Agitación, Combatividad
4. Depresión respiratoria / apnea
5. Arritmia cardíaca o arresto

Explicación del procedimiento:

La visualización directa del tracto digestivo con instrumentos iluminados se conoce como la endoscopia gastrointestinal. Su médico le aconsejó que tenga este tipo de examen. La siguiente información se presenta para ayudarle a entender las razones y algunos de los posibles riesgos de estos procedimientos.

En el momento de su examen, el revestimiento del tracto digestivo será inspeccionado a fondo y posiblemente fotografiado. Si una anomalía se ve o se sospecha, una pequeña porción de tejido (biopsia) se puede retirar o el revestimiento puede ser cepillado. Estas muestras son enviadas para el estudio de laboratorio para determinar si las células anormales. Pequeños crecimientos (pólipos), si visto, pueden ser removidos (polipectomía) otros crecimientos anormales o una biopsia.

Riesgos Principales y Complicaciones de la Endoscopia Gastrointestinal:

La endoscopia gastrointestinal generalmente es un procedimiento de bajo riesgo. Sin embargo, todas las complicaciones que figuran a continuación son posibles. Su médico puede analizar su frecuencia con usted, si lo desea, con particular referencia a sus propias indicaciones para la endoscopia gastrointestinal. **DEBE PREGUNTAR A SU MÉDICO SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SIN RESPUESTA ACERCA DE SU PRUEBA o COMPLICACIONES POTENCIALES**, ya que lo siguiente no es exhaustivo, ya que cualquier paciente puede tener su propio resultado o reacción.

1. PERFORACIÓN: El paso del instrumento o una polipectomía puede provocar una lesión en la pared del tracto gastrointestinal con la posible fuga de contenido gastrointestinal en la cavidad del cuerpo. Si esto ocurre, generalmente se requiere cirugía para cerrar la fuga y / o drenar la región.

2. SANGRADO: El sangrado, si ocurre, generalmente es una complicación de la biopsia, polipectomía o dilatación. El manejo de esta complicación puede consistir solo en una observación cuidadosa o puede requerir transfusiones de sangre o posiblemente una operación quirúrgica. Debe informar a su médico sobre cualquier trastorno o tendencia a la coagulación que tenga o si está tomando y no ha suspendido ningún medicamento. Medicamentos como Aspirina, NSAIDES, Anticoagulantes o cualquier otro anticoagulante. Es SU RESPONSABILIDAD informarle a su médico antes de su procedimiento. De lo contrario, puede aumentar su riesgo de complicaciones y / o sangrado.

3. FLEBITIS DE MEDICACIÓN: Los medicamentos utilizados para la sedación pueden irritar la vena en la que se inyectan. Esto causa una inflamación roja y dolorosa de la vena y el tejido circundante. El área podría infectarse. La incomodidad en el área puede persistir durante varias semanas a varios meses.

4. OTROS RIESGOS: Incluye reacciones a medicamentos, infiltración IV, aspiración y complicaciones de otras enfermedades que ya tenga. El paro cardiopulmonar y la muerte son extremadamente raros, pero siguen siendo posibilidades remotas. Debe informar a su médico sobre todas sus tendencias alérgicas, medicamentos actuales o problemas de salud. Aunque la endoscopia gastrointestinal es un medio extremadamente seguro y efectivo para examinar el tracto gastrointestinal, no es 100% precisa en el diagnóstico. En un pequeño porcentaje de casos, puede producirse una falla en el diagnóstico o un diagnóstico erróneo.

Alternativas a la endoscopia gastrointestinal

Otros procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, tales como CT, MRI, rayos X, el tratamiento médico con ultrasonidos, y la cirugía están disponibles. Otra opción es elegir ningún estudio de diagnóstico y / o tratamiento. Su médico estará encantado de discutir estos problemas con usted.

Breve Descripción del Procedimiento Endoscópico

COLONOSCOPIA

Después de la administración de sedación IV (MAC), su médico le pasa un instrumento flexible al recto para permitir el examen de todo o parte del intestino grueso (colon). Además, ninguno de los pacientes con una colostomía o ileostomía tendrán esa área de su tracto digestivo examinados endoscópicamente también.

La polipectomía, la eliminación de pequeños crecimientos llamados pólipos, se realiza si es necesario mediante el uso de un lazo de alambre con o sin corriente eléctrica, o se puede eliminar con pinzas de biopsia. Si se encuentra un sitio de sangrado, se puede realizar una terapia de inyección o coagulación por calor. Si se descubre un área de preocupación, se puede inyectar con una tinta de tatuaje de grado médico para su posterior identificación. La polipectomía, la dilatación, la coagulación y la biopsia van acompañadas de un mayor riesgo de sangrado o perforación. Los pacientes mayores y aquellos con diverticulosis extensa son más propensos a complicaciones y perforación.

Doy mi consentimiento en tomar cualquier fotografía durante mi procedimiento. Certifico que entiendo la información anterior con respecto a mi Procedimiento y sedación. He sido informado completamente sobre los riesgos y posibles complicaciones de mi procedimiento. Por la presente autorizo y le permito al Doctor y a quien él designe como su asistente que realice sobre mí el procedimiento (s) arriba mencionado (s).

CUIDADO DE EMERGENCIA: Si surge una emergencia, solicitando procedimientos, operaciones o medicamentos adicionales. Autorizo a mi médico, anesthesiologo y sus representantes a hacer lo que consideren conveniente para mi beneficio. Autorizo la transferencia a un hospital para atención hospitalaria (incluidas anestesia y transfusiones de sangre), si así lo justifica mi afección.

AGRADECIMIENTOS: Entiendo la importancia de revelar mi completo historial médico a mis proveedores de atención médica, incluyendo todos los medicamentos que estoy tomando, tanto los de venta con receta como los que no requieren receta médica. Entiendo que mi uso de remedios a base de hierbas, alcohol o cualquier otro tipo de droga ilegal puede dar lugar a complicaciones graves y debe ser divulgada. Además, entiendo que también debo revelar cualquier complicación que surja de los anestésicos anteriores.

Yo reconozco que no debo conducir un vehículo de motor ni beber alcohol ni tomar decisiones críticas antes de mañana. No se han hecho garantías o garantías con respecto al procedimiento. Puedo esperar para recibir instrucciones de descarga individualizadas después del procedimiento. He tenido la oportunidad de discutir los problemas mencionados anteriormente con mi médico y / o profesional y haber respondido mis preguntas.

Fecha: _____

Firma del Paciente o tutor

Firma del Testigo

Traductor

Declaración de Derechos del Paciente

Se reconoce que una relación personal entre el médico y el paciente es esencial para la provisión de atención médica adecuada. La relación tradicional médico-paciente toma una nueva dimensión cuando atención se suministre dentro de una estructura organizativa. El precedente legal ha establecido que la instalación en sí también tiene una responsabilidad para el paciente. Es en reconocimiento de estos factores que se afirman estos derechos.

1. **El paciente** tiene derecho a una atención considerada y respetuosa.
2. **El paciente** tiene derecho a obtener de su médico información completa actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar que el paciente entienda razonablemente. Cuando no es médicamente aconsejable dar tal información al paciente, la información debe ponerse a disposición de una persona apropiada en su nombre. Él / ella tiene el derecho de saber, por nombre, el médico responsable de coordinar su atención.
3. **El paciente** tiene el derecho de participar en las decisiones involucradas en su cuidado y de recibir de su médico la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento y / o tratamiento. Excepto en emergencias, tal información para el consentimiento informado debe incluir, pero no necesariamente limitarse al procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicamente significativos involucrados y la duración probable de la incapacidad. Cuando existan alternativas médicamente significativas para la atención o el tratamiento, o cuando el paciente solicite información sobre alternativas médicas, el paciente tiene derecho a saber el nombre de la persona responsable del procedimiento y / o tratamiento.
4. **El paciente** tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.
5. **El paciente** tiene derecho a cada consideración de su privacidad con respecto a su programa de atención médica. La discusión del caso, la consulta, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben realizarse con discreción. Aquellos que no están directamente involucrados en su cuidado deben tener permiso del paciente para estar presente.
6. **El paciente** tiene derecho a esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención, incluidos los registros financieros, se consideren como confidenciales y no se libere sin la autorización escrita del paciente.
7. **El paciente** tiene el derecho de esperar que, dentro de su capacidad, esta instalación quirúrgica ambulatoria debe proporcionar evaluación y / o remisión según lo indicado por la urgencia del caso. Cuando sea médicamente permisible, un paciente puede ser transferido a otro centro solo después de que haya recibido información completa y una explicación sobre las necesidades y alternativas para dicha transferencia. La institución a la cual se transferirá al paciente debe primero haber aceptado al paciente para la transferencia.
8. **El paciente** tiene derecho a obtener información sobre cualquier relación de este centro con otras instituciones educativas y de atención de la salud en lo que respecta a su atención. El paciente tiene derecho a obtener información sobre la existencia de cualquier relación profesional entre individuos, por los nombres, que están tratando a él / ella.
9. **El paciente** tiene derecho a que se le informe si este centro de cirugía ambulatoria propone participar o realizar experimentos en humanos que afecten su atención o tratamiento. El paciente tiene el derecho de negarse a participar en tales proyectos de investigación.
10. **El paciente** tiene derecho a esperar una continuidad razonable de la atención. El paciente tiene derecho a esperar que esta instalación proporcione un mecanismo por el cual su médico le informe de los requisitos de atención médica continua del paciente después del alta.
11. **El paciente** tiene el derecho de examinar y recibir una explicación de su factura independientemente de la fuente de pago y de estar informado sobre los honorarios por los procedimientos realizados en el centro. El paciente tiene derecho a ser informado sobre la cobertura de terceros, incluidos Medicare y el Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona.
12. **El paciente** tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones de las instalaciones se aplican a su conducta como paciente.
13. **El paciente** tiene derecho a solicitar información sobre el proceso de reclamo en el Centro. Si un paciente tiene una queja formal con el Centro, él / ella tiene el derecho de hablar inmediatamente con el Director de Enfermería o la persona sustituta asignada para responder las quejas. Se puede completar una queja formal por escrito para una revisión adicional de la queja.
14. **El paciente** tiene derecho a estar libre de explotación, coerción, manipulación, abuso o negligencia química, física, psicológica o sexual.
15. **El paciente** tiene derecho a un tratamiento adecuado y oportuno del dolor.
16. **El paciente** tiene derecho a elegir dónde recibir los servicios, incluida una instalación donde mi médico tiene o no un interés de propiedad.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Es responsabilidad del paciente participar plenamente en las decisiones que involucren su propia atención médica y aceptar las consecuencias de estas decisiones si ocurren complicaciones.
2. Proporcionar información completa y precisa, lo mejor que pueda sobre su salud, sobre cualquier medicamento, incluidos los productos de venta libre, los suplementos dietéticos y las alergias y sensibilidades.
3. Proporcionar un adulto responsable para transportar su hogar desde la instalación.
4. Informar a su proveedor sobre cualquier testamento en vida, poder legal médico u otra directiva que pueda afectar su cuidado.
5. Acepte la responsabilidad financiera por cualquier cargo no cubierto por su seguro.
6. Sea respetuoso con todos los proveedores de atención médica y el personal, así como con otros pacientes.
7. Se espera que el paciente haga un seguimiento de las instrucciones de su médico, tome medicamentos cuando se los recete y haga preguntas sobre su propia atención médica que considere necesarias.

Para los beneficiarios de Medicare, las quejas pueden ser informadas al Ombudsman de Medicare al;

<http://www.cms.hhs.gov/ombudsman/resources.asp>. Para todos los demás, las quejas pueden ser informadas a: Departamento de Servicios de Salud de Arizona, Director Asistente, División de Servicios de Licencias en 150 N 18th Avenue 4th Floor, Phoenix, AZ 85007, 602-364-3030.

Aviso de Prácticas de Privacidad y Consentimiento del Paciente Para uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Yo entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), tengo ciertos Derechos del Paciente con respecto a mi información de salud protegida.

Yo entiendo que Mesquite Surgery Center puede usar o revelar mi información de salud protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, lo que significa brindar atención médica a mí, al paciente; manejo de facturación y pago; y, cuidando otras operaciones de atención médica. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos y revelaciones de esta información sin mi autorización.

Mesquite Surgery Center tiene un documento detallado llamado '**Aviso de Prácticas de Privacidad**'. Contiene una descripción más completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y revelar la información de salud protegida.

Yo entiendo que tengo el derecho de leer el 'Aviso' antes de firmar este acuerdo. Si pregunto, Mesquite Surgery Center me proporcionará el *Aviso de Prácticas de Privacidad* más actual.

Mi firma indica que se me ha dado la oportunidad de revisar tal copia del '*Aviso de prácticas de privacidad*'. Mi firma significa que estoy de acuerdo para permitir Mesquite Centro de Cirugía pueda utilizar revelar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de anular este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Mesquite Surgery Center haya tomado medidas confiando en este consentimiento.

Usted puede obtener una copia de nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*, incluyendo cualquier revisión de nuestro "Aviso" en cualquier momento comunicándose con: Mesquite Surgery Center, 7445 East Tanque Verde Road, Tucson, Az., 85715. 520-722-0929.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO

El paciente nombrado en este formulario es admitido en Mesquite Surgery Center (MSC) para recibir tratamiento ambulatorio sujeto a los siguientes términos y condiciones.

- 1. Consentimiento para el tratamiento.** Deseo recibir atención médica y tratamiento en el MSC. En consecuencia, doy mi consentimiento a los procedimientos, que pueden realizarse durante esta visita al MSC, incluido el tratamiento de emergencia. Autorizo y acepto cualquiera de los siguientes: procedimientos de laboratorio, otros procedimientos de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico u otros servicios clínicos y hospitalarios según lo indique mi médico o asistentes de mi médico, que mi (s) médico (s) cree que es aconsejable evaluarme o tratarme, y a otros servicios prestados bajo las instrucciones generales y especiales de mi (s) médico (s). Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que este MSC no me ha garantizado los resultados de los tratamientos o exámenes. También estoy consciente de que debo hacerle a mi médico cualquier pregunta que pueda tener sobre mi diagnóstico, tratamiento, riesgos o complicaciones, formas alternativas de tratamiento y / o resultados anticipados del tratamiento.
- 2. Divulgación de Información para Propósitos de Pago.** Entiendo que mi información médica se enviará a mi compañía de seguros para fines de facturación por cualquier tratamiento que pueda recibir en MSC.
- 3. Información A Otros Proveedores.** Entiendo que en el curso de mi tratamiento y / o haciendo los arreglos para mi cuidado, mi información puede ser compartida con otros proveedores. Si prefiero que este MSC no use o comparta mi información, puedo enviar una solicitud por escrito para su consideración según el Aviso de prácticas de privacidad de MSC. Autorizo informes de mi evaluación, tratamientos y cualquier evaluación de seguimiento enviada o discutida con mi médico remitente, el médico que solicita la consulta, mi médico de familia, así como con cualquier otro proveedor de servicios de salud, patólogo, hospitales o instalaciones para pacientes ambulatorios y que Te identifico o te identificaré. Permito una copia / fax de este formulario para que sirva como una firma de autorización original.
- 4. Política de no Discriminación.** MSC admitirá y tratará a los pacientes dentro de sus capacidades sin importar de su raza, color, origen nacional, creencias religiosas, sexo, orientación sexual, estado civil, estado del veterano, edad, creencias políticas o discapacidad.

5. **Acuerdo Financiero.** Entiendo que recibiré una factura de MSC. El (los) médico (s) me facturarán por separado por los servicios que me proporcionaron mientras estaba en MSC. Entiendo y acepto pagar todos los cargos por los servicios prestados y que estoy obligado a pagar por los servicios de acuerdo con las tarifas y términos regulares de MSC. Entiendo que también puedo recibir una factura por separado del patólogo y el anesthesiólogo por los servicios prestados. MSC se reserva el derecho de cobrar un cargo por pago atrasado y / o un cargo por cheque devuelto. Si elijo pagar todos los cargos, notificaré a MSC antes de recibir el servicio. Si la cuenta se remite a un abogado o agencia de cobro para cobros, acepto pagar honorarios razonables de abogados, gastos de cobro e intereses a la tasa estatutaria en todas las cuentas morosas, ya sea que la cuenta se envíe a una agencia de cobro o no... **TENGA EN CUENTA: Se le cobrará \$ 100 (tarifa de médico) y \$ 250 (tarifa de instalación) por cualquier procedimiento que no se cancele dentro de las 48 horas a menos que haya circunstancias imprevistas.**
6. **Cobertura de Medicare (si corresponde).** Certifico que la información que se me proporcionó para solicitar el pago de Medicare es correcta. Autorizo a la Administración del Seguro Social a divulgar información sobre mis fechas de vigencia de Medicare y el número de reclamo de Medicare a MSC. Autorizo a cualquier titular de información médica o relacionada sobre mí a divulgar cualquier información necesaria para procesar este o un reclamo de Medicare relacionado a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios. Solicito que el pago de los beneficios se realice en mi nombre a MSC por cualquier servicio que me proporcione MSC.
7. **Asignación de beneficios.** Por la presente, autorizo la asignación de mis beneficios de seguro médico a MSC para el pago de la factura de los servicios médicos que recibí. Además, autorizé a MSC a recibir el pago directo de mi compañía de seguros o pagador externo. Acepto seguir siendo responsable y responsable de los pagos de todas las cantidades adeudadas que MSC no haya recibido de mí (s) aseguradora (s). Entiendo que MSC está presentando reclamaciones en mi nombre como cortesía. Autorizo a los anesthesiólogos con los consultores de Valley Anesthesia para solicitar beneficios en mi nombre y autorizo el pago de mi compañía de seguros de salud relacionada con los servicios de anestesia prestados. **NO DEBO REVOCAR ESTA ASIGNACIÓN POR NINGUNA RAZÓN.**
8. **Objetos de valor personales.** Entiendo que MSC desalienta a los pacientes a traer sus objetos de valor u otros bienes personales a MSC. No haré responsable a MSC por cualquier pérdida o daño a los bienes valiosos que tenga en mi poder.
9. **Derechos y Responsabilidades del Paciente.** Mi firma a continuación confirma que he recibido la información en la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de MSC como paciente.
10. **Divulgación de Propiedad.** Miguel A. Arenas, MD es uno de los propietarios de MSC. Mi firma a continuación confirma que soy consciente de su interés financiero en MSC. Tengo derecho a elegir dónde recibir los servicios, incluida una instalación donde mi médico tiene o no un interés de propiedad. He elegido ser tratado en esta instalación.
11. **RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA INSTALACIÓN MÉDICA.** He recibido y / u ofrecido una copia del **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** de esta instalación.
12. **DIRECTIVAS ANTICIPADAS.** Reconocí que se me brindó la oportunidad de revelar y discutir sobre directivas avanzadas que he establecido. También entiendo que durante mi estancia ambulatoria en Mesquite Surgery Center, mi intento de cumplir con estas directivas será hecho por mi equipo de atención médica. Mi cuidado e intervenciones se basarán en mis necesidades y mi plan individual. Si, durante mi estadía, mi condición se deteriora o si experimento una emergencia que pone en peligro mi vida, mi equipo de atención médica siempre intentará resucitarme y transferirme a un hospital local. Si proporcioné una copia de mis Directivas avanzadas, será transportada conmigo.

He leído este consentimiento y yo soy el paciente o representante autorizado del paciente. En nombre propio (o en el nombre del paciente), acepto y estoy de acuerdo estar obligado por todos estos términos y condiciones del servicio.

Firma del Paciente _____

Firma del Testigo _____

Fecha _____