

Compromiso con la seguridad del pacientemitment

Para la protección de nuestros pacientes, Siena Surgery Center cumple o supera los requisitos de los CDC para el control de infecciones. Para minimizar la exposición a patógenos respiratorios, Siena Surgery Center ha implementado medidas que se implementarán antes de su llegada y el día en que llega para su procedimiento o cirugía.

Antes de la llegada

- Cuando programe citas para un procedimiento o cirugía, se le pedirá que llame y re programe su cita si presenta síntomas de una infección respiratoria (por ejemplo, tos, dolor de garganta, fiebre).

A la llegada

- Se registrará en Siena Surgery Center junto con su conductor. La recepcionista recogerá el número de teléfono de contacto de su conductor / acompañante. Siguiendo las pautas de los CDC para distanciarse a las personas entre sí, se le pedirá a su conductor que abandone la sala de espera. Él o ella pueden esperar en su automóvil o pueden irse a casa si está a una distancia razonable del centro de cirugía.
- Para su protección y la protección de los miembros de la familia, los conductores / acompañantes y el personal, no se permitirán visitas en la sala de espera o en las áreas de Preoperatorio o de Recuperación.

Descarga

- Se llamará a su conductor cuando esté listo para el alta y se lo llevará al automóvil. No es necesario que su conductor regrese al edificio.
- Su conductor debe sentirse libre de llamar al (702)586-3211 para obtener una actualización sobre su alta si siente que ha pasado suficiente tiempo y aún no ha sido contactado.

PAQUETE DE INFORMACIÓN
PARA EL PACIENTE



De parte de todos en
Siena Surgery Center

"Te damos la bienvenida y agradecemos el privilegio de
satisfacer tus necesidades quirúrgicas."

Se recomienda completar este formulario antes de la cita. De no ser así, se requerirá que
llegue más temprano para completar el proceso en la sala de espera.

SIN REGISTROS PREVIOS



2865 Siena Heights Dr. Suite #200
Henderson, Nevada 89052
Teléfono: 702-586-3211
Fax: 702-586-4922
sienasc.com

BIENVENIDO A SIENA SURGERY CENTER

RECUERDE DE TRAER LO SIGUIENTE EL DÍA DE SERVICIO

1. Identificación con foto
2. Tarjeta de seguro
3. Los copagos y deducibles del seguro se vencen en la fecha del servicio.
Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito
4. Un adulto responsable que te acompañe a casa. **No puedes conducir hasta tu casa. NO llegar solo en taxi.**
5. Complete el formulario que se encuentra en el paquete y entrega las formas el día de servicio.
6. Si tiene una directiva anticipada, traiga una copia.
7. Si es el tutor legal del paciente que está siendo atendido, se requerirá documentación de tutela en el momento de la inscripción.

Por favor, deje todos los objetos de valor en casa, incluyendo joyas.

El Centro Quirúrgico SSC es un centro de cirugía ambulatoria de múltiples especialidades. Nuestra misión para nuestros pacientes incluye proporcionar atención quirúrgica segura con médicos y miembros del personal competentes. Proporcionamos atención amigable, conveniente y de calidad a todos nuestros pacientes, como lo haríamos con nuestras propias familias.

Su procedimiento/cirugía ha sido programado en el SSC. Nuestro departamento de registro lo llamará por lo menos 24 horas antes del procedimiento/cirugía para darle una hora de llegada y su co-pago si corresponde.

Si su médico ha ordenado pruebas preoperatorias (laboratorio, electrocardiograma o radiografías), hágase las pruebas por lo menos 3 días antes de la cirugía.

PAQUETE DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Como lo requieren las regulaciones federales, CMS, a partir del 01/05/15, este Paquete de Información al Paciente se le proporciona a usted e incluye información sobre los Derechos y Responsabilidades del Paciente, la Directiva Anticipada y la Política correspondiente, así como una lista de socios comerciales. Por favor lea esta información y si tiene alguna pregunta, llame al 702-586-3211.



INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL SEGURO

POR FAVOR LEER:

Cada proveedor o servicio facturará por separado a su compañía de seguros por el procedimiento que se está realizando. Recibirá un estado de cuenta de su cuenta del SIENA SURGERY CENTER. Además de los honorarios de nuestras instalaciones, habrá una facturación separada para el cirujano, el anestesiólogo, el laboratorio y la radiología. Si se utilizan implantes, los implantes también se pueden facturar por separado.

Siena Surgery Center trabaja en red con muchas compañías de seguros. Por favor, pregunte al registrarse si Siena Surgery Center está contratado o no con su compañía de seguros.

Para discutir su factura o cualquier inquietud que pueda tener, por favor no dude en comunicarse con la Oficina de Negocios al 702-776-7164. Estamos aquí para ayudarle de **Lunes a Viernes, 8:00 am - 4:00 pm.**

Aviso a los pacientes sobre la destrucción de los registros de atención médica:

Los registros de atención médica pueden ser destruidos después del período establecido en NRS 629.051.

De acuerdo con NRS 629.015, SSC conservará los registros de salud al menos 5 años después de su recepción o producción. Los registros de atención médica de una persona menor de 23 años de edad no serán destruidos. Los registros de atención de la salud de una persona que haya cumplido 23 años de edad pueden destruirse si se conservan durante al menos 5 años.

Estamos orgullosos de la atención que brindamos en Siena Surgery Center:

Las tasas de control de infecciones de SSC se publicarán en los vestuarios de los pacientes a medida que avancemos. Una copia estará disponible si se solicita.



2865 Siena Heights Dr. Suite #200
Henderson, Nevada 89052
Teléfono: 702-586-3211
Fax: 702-586-4922
sienasc.com

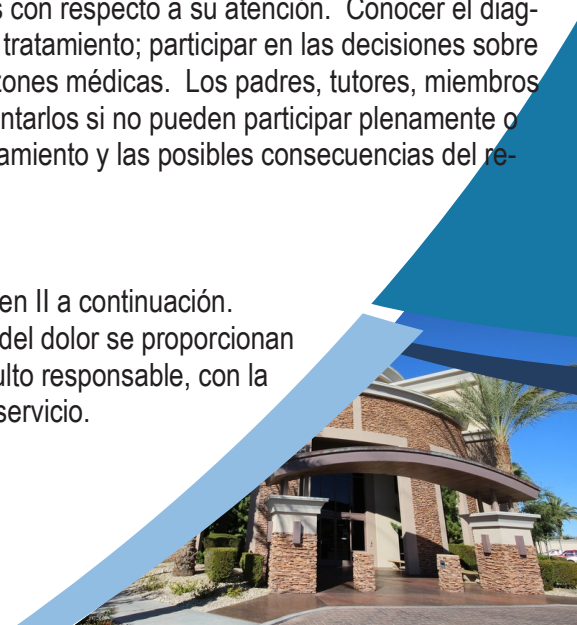


DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Siena Surgery Center (SSC) reconoce los derechos humanos básicos de los pacientes, así como las responsabilidades que éstos tienen. El SSC trata a sus pacientes con respeto, consideración y dignidad. El SSC informará a los pacientes o al representante de los pacientes o al sustituto de los pacientes sobre los derechos de sus pacientes, protegerá y promoverá el ejercicio de tales derechos. El SSC también informará a los pacientes de sus responsabilidades.

I. Declaración de Derechos de los Pacientes: Los pacientes del Centro Quirúrgico SSC tienen derecho a lo siguiente:

- A. Respeto y No Discriminación: A ser tratados con respeto, consideración, dignidad y atención no discriminatoria por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica sin importar su raza, color, origen nacional, discapacidad o edad, y a ejercer sus derechos sin ser objeto de discriminación o represalias.
- B. Privacidad y seguridad: A la privacidad personal y apropiada; a recibir atención en un entorno seguro, estar libre de toda forma de abuso o acoso.
 1. Confidencialidad de la información de salud y de los registros clínicos: A hablar en confianza con los proveedores de atención médica y a tener su información de atención médica, a incluir divulgaciones y registros, protegidos y tratados confidencialmente; a revisar y copiar su registro médico y a solicitar a su(s) médico(s) que corrija(n) su registro si no es exacto, relevante o completo. Excepto cuando lo exija la ley, los pacientes pueden aprobar o rechazar la divulgación de sus registros médicos.
- C. Cuando es necesario, se hacen intentos razonables para que los profesionales de la salud y otros miembros del personal se comuniquen en el idioma o de la manera utilizada principalmente por el paciente.
- D. Divulgación de información: A los pacientes se les proporciona, en la medida en que sea conocida, completa, precisa y fácil de entender, información sobre su diagnóstico, evaluación, tratamiento, pronóstico, el profesional de atención médica que les proporciona atención y sobre el centro de atención médica de SSC. Se proporcionará asistencia si el paciente habla otro idioma, tiene una discapacidad física o mental, o no entiende para que el paciente pueda tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Cuando es médicamente desaconsejable dar tal información a un paciente, la información se da a una persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada.
- E. Participación en las decisiones de tratamiento; tomar decisiones informadas con respecto a su atención. Conocer el diagnóstico, los riesgos médicos y los resultados esperados antes de realizar el tratamiento; participar en las decisiones sobre su atención, excepto cuando dicha participación esté contraindicada por razones médicas. Los padres, tutores, miembros de la familia u otras personas designadas por los pacientes pueden representarlos si no pueden participar plenamente o tomar sus propias decisiones, y saber que tienen derecho a rechazar el tratamiento y las posibles consecuencias del rechazo.
- F. Los pacientes y el personal disponen de información sobre:
 1. Declaración de Derechos de los Pacientes
 2. Conducta y responsabilidades de los pacientes según se enumeran en II a continuación.
 3. Servicios disponibles en SSC: Los servicios quirúrgicos y de control del dolor se proporcionan de manera ambulatoria y los pacientes son dados de alta con un adulto responsable, con la excepción de que son dados de alta el mismo día de la fecha de su servicio.



CARTA DE DERECHOS DE LOS PACIENTES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

4. Disposiciones para la atención fuera de horario o de emergencia: Después de las horas de operación del SSC, los pacientes llamarán a su cirujano o médico, irán directamente a la sala de emergencias o llamarán al 911 si creen que su situación es potencialmente mortal. SSC no proporciona atención de emergencia como uno de sus servicios independientes. Si los pacientes tienen una emergencia que amenaza su vida en el SSC, el SSC no puede proporcionar los servicios completos necesarios para tratarlos adecuadamente. El médico tratante informará al paciente, al representante del paciente o al suplente del paciente sobre la necesidad de trasladarlo al hospital.
5. Cargos por servicios e información de facturación.
6. Políticas de pago.
7. El derecho de los pacientes a negarse a participar en la investigación según corresponda al SSC.
8. Directivas anticipadas, según lo requieran las leyes y reglamentos estatales o federales.
9. Credenciales de profesionales sanitarios.
10. La ausencia de cobertura de negligencia médica, si corresponde.
11. Cómo expresar o presentar por escrito sus quejas con respecto al tratamiento o la atención que se proporciona (o no se proporciona).

Los pacientes tienen derecho a una revisión justa, rápida y objetiva de cualquier queja que tenga contra el SSC, sus médicos u otro personal de atención médica sin temor a represalias. Esto incluye quejas sobre los tiempos de espera, las horas de operación, las acciones del personal de salud y la adecuación (o falta de) tratamiento o atención.

La información de contacto si cree que se ha violado algún derecho es la siguiente: Expresar quejas con respecto al tratamiento o la atención que se proporciona (o no se proporciona); la persona o personas de contacto son:

Sitio web para beneficiarios de Medicare en SSC: www.palmettogba.com/palmetto.nsf/SiteHome:ReadForm

Sitio web o Centro de Servicios de Medicare y Medicaid: <http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp>

o 1-800-MEDICARE

12. Métodos para proporcionar retroalimentación, incluyendo quejas - iguales a las del número 11, hechas a la persona o agencia apropiada.



CARTA DE DERECHOS DE LOS PACIENTES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

13. Conocer a los médicos que tienen interés financiero o propiedad en SSC. La lista de médicos que son propiedad de la compañía asociada se incluye en el Paquete de Información al Paciente del paciente y también se encuentra visiblemente en la sala de espera del SSC.
- G. Las responsabilidades de los pacientes se enumeran a continuación.
- H. Cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles.

II. Responsabilidades de los pacientes: Los pacientes de SSC tienen las siguientes responsabilidades:

- A. Proporcionar información completa y precisa lo mejor que pueda sobre su salud, copia de las Directivas Anticipadas si corresponde, cualquier medicamento, incluyendo productos de venta libre y suplementos dietéticos y cualquier alergia o sensibilidad.
- B. Seguir el plan de tratamiento prescrito por su médico. Coopere con todo el personal de cirugía y haga preguntas a los proveedores de atención médica si no entiende las instrucciones o indicaciones.
- C. Proporcionar un adulto responsable para transportarlo a casa desde el SSC y permanecer con él/ella por 24 horas, si así lo requiere el médico que lo atiende.
- D. Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo que no esté cubierto por su seguro.
- E. Sea respetuoso de todos los profesionales de la salud y del personal, así como de otras partes y respete la propiedad.
- F. Proporcionar un adulto responsable para transportarlo a casa desde el SSC y permanecer con él/ella por 24 horas, si es requerido por su proveedor.
- G. Propiedad personal: Deje en casa objetos de valor, joyas y artículos no esenciales. SSC no es responsable de los objetos de valor del paciente a menos que los objetos de valor estén guardados bajo llave en un lugar seguro en SSC.
- H. Informar a su médico, enfermera o cualquier otro profesional de la salud en SSC de cualquier insatisfacción con su atención o servicio recibido.



POLÍTICA DEL SIENA SURGERY CENTER E INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE SOBRE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿QUÉ ES UNA "DIRECTIVA ANTICIPADA"?

Una "Directiva Anticipada" es una directiva anticipada por escrito para el cuidado de la salud, que se completa antes de una enfermedad grave, sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas. El concepto incluye:

1. Un "Testamento de Vida" o "Declaración"; y
2. "Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud".
3. Una orden de no resucitación.

Los dos primeros términos son las formas más comunes de directivas anticipadas.

Una Directiva Anticipada le permite establecer sus opciones de atención médica o nombrar a alguien para que tome esas decisiones por usted, en caso de que usted no pueda tomar decisiones sobre su tratamiento médico. En resumen, una Directiva Anticipada puede permitirle tomar decisiones sobre nuestro tratamiento médico futuro. Puede decir "sí" al tratamiento que desea, o decir "no" al tratamiento que no desea.

¿QUÉ ES UN TESTAMENTO DE VIDA O UNA DECLARACIÓN?

Un testamento de vida o declaración generalmente establece el tipo de atención médica que desea (o no desea) si es incapaz de tomar sus propias decisiones. Se llama "testamento de vida" porque surte efecto mientras aún está vivo. La legislación de Nevada ha utilizado la palabra "Declaración" ya que es el tipo preferido de Directiva Anticipada. Las formas de declaraciones de Nevada se encuentran en NRS 449.830 y NRS 449.535 para retener o retirar el tratamiento para mantener la vida.

¿QUÉ ES EL PODER NOTARIAL DURADERO PARA LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA?

Un "poder notarial duradero para la atención médica" es un documento firmado, fechado y firmado por testigos que nombra a otra persona, como un esposo, esposa, hija, hijo o amigo cercano, como su "agente" o "apoderado" para que tome decisiones médicas por usted en caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismo. Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que desee o desee evitar, como la cirugía o la alimentación artificial. Los estatutos relativos a un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud se encuentran en NRS 449.800.

POLÍTICA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DE SSC SOBRE LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS

El Centro Quirúrgico SSC reconoce y respeta el derecho de los pacientes a ejecutar Directivas Anticipadas (CMS 42CFR789, Sección.489.100 y siguientes). SSC no puede implementar una Directiva Anticipada debido a su objeción de conciencia profesional médica en toda la institución. El SSC es limitado y siempre intentará resucitar a un paciente y transferirlo a un hospital en caso de deterioro. Todas las cirugías y/o procedimientos proporcionados por SSC se ven afectados por esta objeción de conciencia. NRS 449.600 y siguientes permite tal objeción. Si el paciente es transferido al hospital, una copia disponible de las Directivas Anticipadas existentes será enviada al hospital receptor a través del paquete de transferencia de SSC.



**PREGUNTAS Y RESPUESTAS -
DIRECTIVAS ANTICIPADAS****¿TENGO QUE ESCRIBIR UNA DIRECTIVA ANTICIPADA SEGÚN LA LEY?**

NO. Depende totalmente de usted.

¿PUEDO CAMBIAR DE OPINIÓN DESPUÉS DE ESCRIBIR UNA DECLARACIÓN O UN PODER NOTARIAL DURADERO PARA TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA?

Si desea cancelar una instrucción anticipada mientras está en el hospital, debe notificárselo a su médico, a su familia y a otras personas que puedan necesitar saberlo. Incluso sin un cambio por escrito, sus deseos expresados en persona directamente a su médico generalmente tienen más peso que una Declaración o Poder Notarial Permanente para las Decisiones sobre Atención Médica, siempre y cuando usted pueda decidir por sí mismo y comunicar sus deseos. Pero asegúrese de expresar sus deseos claramente y asegúrese de que sean entendidos.

SI ESTOY EN UNA CONDICIÓN TERMINAL (ESTOY MURIENDO Y NO HAY ESPERANZA DE CURA) Y YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES CON RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA MANTENER LA VIDA Y NO TENGO INSTRUCCIONES POR ADELANTADO, ¿PUEDE EL TRATAMIENTO PARA MANTENER LA VIDA SER SUSPENDIDO O RETIRADO?

Sí. Si su cónyuge, un hijo adulto o si hay más de un hijo, la mayoría de los hijos adultos que están razonablemente disponibles para la consulta, sus padres, un hermano o hermana adulto, si hay más de un hermano (hermano o hermana), la mayoría de los hermanos adultos que están razonablemente disponibles para la consulta, o el pariente adulto más cercano por sangre o por adopción que esté razonablemente disponible para la consulta, en ese orden de prioridad, puede, de buena fe y para su mejor interés, consentir por escrito, con la atestación de dos testigos de la suspensión o la revocación de su consentimiento para la aplicación de la terapia.

¿QUIÉN DECIDE SI SOY INCAPAZ DE TOMAR UNA DECISIÓN CON RESPECTO AL TRATAMIENTO?

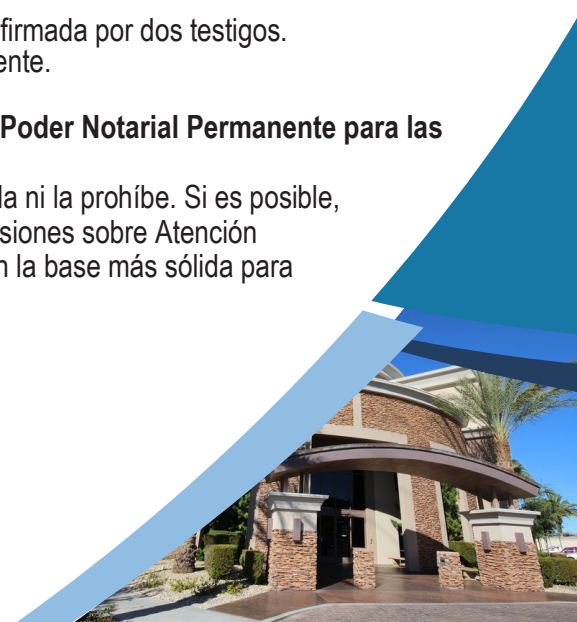
El médico que lo atiende.

¿PUEDO HACER UNA DIRECTIVA ANTICIPADA ORAL?

NO. Una Directiva Anticipada debe ser escrita formalmente y debe ser firmada por dos testigos. Sin embargo, puede revocar verbalmente una directiva anticipada existente.

¿Es ACONSEJABLE TENER UNA DIRECTIVA COMBINADA (Declaración y Poder Notarial Permanente para las Decisiones sobre Atención Médica en un solo documento)?

La ley de Nevada no establece específicamente una directiva combinada ni la prohíbe. Si es posible, debe tener una Declaración y un Poder Notarial Duradero para las Decisiones sobre Atención Médica, ya sea combinado o por separado, para que sus deseos tengan la base más sólida para el cumplimiento de la ley.



PREGUNTAS Y RESPUESTAS - DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿DEBO DISCUTIR MIS DIRECTIVAS ANTICIPADAS CON MI FAMILIA O SERES QUERIDOS?

Sí. Es aconsejable que sus seres queridos estén al tanto de sus deseos y de dónde está su Directiva Anticipada original, para que sus deseos se puedan llevar a cabo.

¿DEBE UNA INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ME ATIENDE DETERMINAR SI HE EJECUTADO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Sí. La ley federal requiere que el proveedor u organización debe "documentar" en el registro médico del individuo si el individuo ha ejecutado o no una directiva anticipada.

No debe esperar hasta que sea mayor o se enfrente a una enfermedad grave para pensar en estos temas. Pensar en ellos mientras goza de buena salud le da a usted y a sus seres queridos la oportunidad de prepararse para el tipo de crisis médica que podría ocurrirle a cualquiera en cualquier momento.



INFORMACIÓN PARA PROPIETARIOS DEL SIENA SURGERY CENTER

**Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad, segura y rentable.
Como propietarios, apreciamos la oportunidad de proporcionarle servicio.**

MÉDICO

ESPECIALIDAD

Michael Fishell, M.D. Tratamiento de Dolor

Por favor, tenga en cuenta: Cualquier cambio en la propiedad después de la fecha en que se imprima este paquete será anunciado en la sala de espera.



2865 Siena Heights Dr. Suite #200
Henderson, Nevada 89052
Teléfono: 702-586-3211
Fax: 702-586-4922
sienasc.com



PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE INFECCIONES EN EL SITIO QUIRÚRGICO

Desarrollado de acuerdo con el Proyecto de Ley del Senado 339 y el Capítulo 439 de los Estatutos Revisados de Nevada

¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS QUE SE UTILIZAN EN SSC PARA PREVENIR LAS INFECCIONES?

- SSC previene y controla las infecciones dentro de la instalación a través de políticas de control de infecciones efectivas y reconocidas a nivel nacional.
- Todo el personal completa la capacitación en el control de infecciones, incluyendo la técnica aséptica y las precauciones estándar, anualmente.
- Todo el personal se adhiere a las políticas y procedimientos de control de infecciones implementados en el centro, incluyendo, entre otros, el uso adecuado del equipo de protección personal requerido, la técnica aséptica, la desinfección de alto nivel y la esterilización.
- La tasa de infección SSC será anunciada en el centro. Se incluirán todas las infecciones notificadas, independientemente de los factores externos contribuyentes.
- Como práctica estándar, SSC incorpora el uso de antibióticos intravenosos antes de la cirugía, a discreción del médico.
- Inmediatamente antes de la cirugía, el vello en las inmediaciones de la zona quirúrgica será removido con una cortadora eléctrica. No se utilizan cuchillas de afeitar, ya que presentan un riesgo de infección al crear pequeñas muescas en la piel a través de las cuales pueden entrar las bacterias.
- La Terapia Bair Hugger® se utiliza para mantener la temperatura corporal ideal, ya que los pacientes que se mantienen calientes resisten mejor la infección.

¿QUÉ PROCESOS SE UTILIZAN PARA DETERMINAR SI UN PACIENTE TIENE UNA INFECCIÓN EN EL MOMENTO O ANTES DE SU INGRESO AL CENTRO MÉDICO?

- Las enfermeras y los médicos registrados entrevistan a los pacientes antes de su procedimiento con respecto a su estado de salud pasado y presente.
- Antes de la cirugía, el cirujano puede hacer que le hagan pruebas para detectar *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM). El examen es simple, por lo general sólo con un hisopo nasal. Si lo tiene, se pueden tomar precauciones adicionales para protegerlo de la infección del sitio quirúrgico.

¿CÓMO SE DETERMINA SI SE HA CONTRAÍDO UNA INFECCIÓN?

- Sólo su médico puede diagnosticar si ha ocurrido una infección; sin embargo, si usted nota cualquiera de lo siguiente, llame a su médico inmediatamente:
 - ⇒ Enrojecimiento y dolor en el sitio de la cirugía
 - ⇒ Drenaje de líquido turbio
 - ⇒ Fiebre por encima de 101°F o escalofríos con temblores



PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE INFECCIONES EN EL SITIO QUIRÚRGICO

CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR INFECCIONES?

- Los problemas de salud como alergias, diabetes y obesidad, así como los niveles de hematocrito inferiores a 36 pueden crear un riesgo elevado de infección. Asegúrese de hablar de esto con su médico.
- Deje de fumar mucho antes de la cirugía. Los pacientes que fuman tienen tres veces más probabilidades de desarrollar una infección en el sitio quirúrgico que los no fumadores, y tienen recuperaciones significativamente más lentas.
- Después de la cirugía, la familia y los amigos no deben tocar la herida ni los apósitos quirúrgicos y deben lavarse las manos antes y después de la visita.
- Las personas que se tratan su herida siempre deben lavarse las manos antes y después del contacto.

Desarrollado de acuerdo con el Proyecto de Ley del Senado 339 y el Capítulo 439 de los Estatutos Revisados de Nevada

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ADQUIRIDAS EN LAS INSTALACIONES:

- Pida al personal médico que se limpie las manos antes de tratarle, y pida a los visitantes que se limpien las manos también. Esta es la manera más importante de protegerse en un centro médico. Todos los cuidadores deben limpiarse las manos antes de tratarle. Los limpiadores de manos a base de alcohol son más efectivos para eliminar la mayoría de las bacterias que el agua y el jabón.
- Si su médico o enfermera utiliza un estetoscopio u otro dispositivo de diagnóstico, antes de la cirugía pida que se limpie la superficie con un limpiador germicida.
- Dúchese antes de cualquier procedimiento. Para un procedimiento quirúrgico, considere ducharse o bañarse diariamente con jabón de clorhexidina comenzando de tres a cinco días antes de la cirugía. Se pueden comprar varias marcas sin receta médica. Ayudará a eliminar cualquier bacteria peligrosa que pueda estar llevando en su propia piel. Por favor, pregúntele a su médico acerca de esto.
- Evite tocarse las manos en la nariz, la boca o los ojos y no coloque alimentos o utensilios en los muebles o en las sábanas de la cama. Los gérmenes pueden vivir durante muchos días en las superficies y pueden causar infecciones si entran en la boca.

Para obtener más información, incluyendo el reporte de infecciones adquiridas en las instalaciones, vaya a:

http://www.health.nv.gov/HCQC_InfectionPreventionControl_PublicEd.htm

http://www.health.nv.gov/Sentinel_Events_Registry.htm

Registro de Eventos Centinela: Oficina de Informática y Epidemiología de la Salud Pública
4126 Technology Way, Suite #201
Carson City, NV 89706

Teléfono:(775) 684-5911 Fax: (775) 684-5999 Email: ser@health.nv.gov



INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EL PACIENTE

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PARIENTE MÁS CERCANO:

Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA EN CASO DE EMERGENCIA, AUTORIZO A SSC A CONTACTAR A:

Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Relación con el paciente: _____

AUTORIZO A SSC A DISCUTIR MI ATENCIÓN MÉDICA CON:

Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Relación con el paciente: _____

DIRECTIVA ANTICIPADA:

Entiendo que es mi responsabilidad informar a mis médicos de mis Directivas Anticipadas.

Tengo una directiva anticipada.

Se ha proporcionado una copia al SSC: Si No (olvidó traer)

No tengo una directiva anticipada.



RECONOCIMIENTO Y FIRMA DEL PACIENTE

Paquete de información para el paciente: Según lo requerido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y los reglamentos federales, notificación escrita y verbal con respecto a:

- ⇒ Derechos y responsabilidades del pacientes,
- ⇒ Directivas Anticipadas con las políticas correspondientes, y
- ⇒ una lista de los propietarios del negocio SSC

Están a disposición de nuestros pacientes.

Debe traer esta página cuando llegue al SSC.

Un miembro del personal le entregará una copia de este formulario.

La firma a continuación confirma la recepción de los artículos anteriores. La firma también significa que el paciente reconoce y entiende verbalmente los puntos anteriores y que no tiene ninguna pregunta.

Firma del paciente/garante



INFORMACIÓN PERSONAL/DE SEGUROS

PAQUETE DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ SSN#: _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIALES)

DIRECCIÓN: _____
(CALLE Y APT#) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP)

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____
 ESTADO MATRIMONIAL: S C V D FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: M F

EMAIL: _____

OCUPACIÓN: _____ EMPLEADOR: _____ FT PT

GARANTE / RESPONSABLE FINANCIERO

NOMBRE: _____ SSN#: _____ RELACIÓN: Yo Otros
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIALES)

DIRECCIÓN: _____
(CALLE & APT#) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP)

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, AUTORIZO A SSC A CONTACTAR A

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE ASEGURADO: _____ SSN#: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

EMPLEADOR DEL ASEGURADO: _____ DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ TELÉFONO: _____

POLÍTICA#: _____ GRUPO#: _____ FECHA EFECTIVA: ___/___/___ RELACIÓN: Yo Otros

RECLAMO/DIRECCIÓN DE CORREO: _____

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE ASEGURADO: _____ SSN#: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

EMPLEADOR DEL ASEGURADO: _____ DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ TELÉFONO: _____

POLÍTICA#: _____ GRUPO#: _____ FECHA EFECTIVA: ___/___/___ RELACIÓN: Yo Otro

RECLAMO/DIRECCIÓN DE CORREO: _____

INFORMACIÓN DE MEDICARE

MED/CARE # _____ FECHA DE RETRACTACIÓN: ___/___/___ VETERANO: Si No ¿SE REFIRIÓ AL TRATAMIENTO?: Si No

¿SUFRES DE PULMÓN NEGRO?: Si No DERECHO A MEDICARE POR INCAPACIDAD: Si No

DERECHO A LA DISCAPACIDAD DE MEDICARE ÚNICAMENTE SOBRE LA BASE DE LA ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL: Si No

INFORMACIÓN SOBRE LESIONES

FECHA DE PERJUICIO: ___/___/___ FECHA DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS: ___/___/___ LESIONES POR ACCIDENTE: Si No

ACCIDENTE DE AUTO: Si No TRABAJO RELACIONADO: Si No

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE TRABAJADORES: _____ RECLAMO#: _____

NOMBRE DEL AJUSTADOR: _____ TELÉFONO DE COMPAÑÍA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: ___/___/___

REGISTRADO POR: _____



2865 Siena Heights Dr. Suite #200
 Henderson, Nevada 89052
 Teléfono: 702-586-3211
 Fax: 702-586-4922
 sienasc.com

