

## ANTES DE LA CIRUGIA

- Se le practicara un historial médico y reconocimiento físico en el consultorio de su doctor antes de la fecha de la cirugía.
- Cualquier examen de Laboratorio, Electrocardiograma, o Rayos X que sean necesarios para la cirugía serán ordenados por su doctor y deben ser completados antes de la fecha de la cirugía.
- Una enfermera pre-operatoria de nuestras instalaciones le llamara antes de la cirugía programada. Mediante esta llamada se revisara su historial de salud, medicamentos, cirugías anteriores, alergias y otra información correspondiente a su estado de salud actual. Si usted tiene preguntas adicionales estaremos en la mejor disposición de responderlas.

Las siguientes instrucciones son muy importantes y DEBEN cumplirse; o la fecha de la cirugía deberá cambiarse. Si usted cree que no puede cumplir con estas indicaciones, por favor comuníquese con la enfermera pre-operatoria para discutir sus dudas.

- Favor de hacer los arreglos necesarios para que un adulto responsable lo transporte y acompañe a nuestras instalaciones, permanezca en nuestro centro durante el procedimiento y lo pueda transportar de regreso a su hogar. Usted no podrá manejar un automóvil o estar sin compañía por las próximas 24 horas después del procedimiento.
- Notifique a nuestra oficina o a su doctor antes de la fecha de su cirugía si han habido cambios en su salud, tales como un resfrió, enfermedad, fiebre, dolor de garganta, sarpullido (erupción) o gripe.
- No debe tomar ningún medicamento después de la media noche antes de la cirugía, a menos de que sean por instrucciones de su doctor o la enfermera. Si tiene alguna pregunta con respecto a la toma de medicamentos, favor de llamar a nuestras instalaciones y solicite hablar con la enfermera pre-operatoria.
- No tome o coma nada después de la media noche antes del día de la cirugía. Esto incluye café o agua. Usted puede lavarse los dientes, solamente recuerde de no tragar.



## EL DIA DE SU CIRUGIA

- Favor de bañarse la mañana de su cirugía. Asegúrese de que todo maquillaje, pintura de unas y lociones se han eliminado. Si usted utiliza lentes de contacto, por favor de quitárselos o traiga el estuche de sus lentes.
- Deje en casa todos los artículos de valor incluyendo joyería. Nosotros no nos hacemos responsables por la pérdida o el daño de artículos.
- Cualquier medicamento no prescrito o prescrito que usted este tomando actualmente debe de traerlo el día de su cirugía.
- Debe estar preparado para firmar una forma de consentimiento para su cirugía. Si el paciente es menor de edad, un padre o tutor legal debe acompañar al paciente a firmar el consentimiento. El tutor legal esta requerido a presentar prueba legal de tutoría.
- Favor de llegar a la hora acordada para su cirugía.
- Póngase ropa comfortable (floja) y zapatos.
- Antes de entrar a cirugía se le dará una bata y zapatillas. También se le comprobara su temperatura, presión arterial, pulso y requerirá vaciar su vejiga. A cualquier paciente femenino menor de 56 años de edad que no haya tenido una histerectomía se le practicara una prueba de embarazo.
- Su familiar o el adulto que le acompañara a su procedimiento, se le solicitara que permanezca en la sala de espera. Se les reunirá tan pronto sea posible.

## DESPUES DE LA CIRUGIA

- Instrucciones específicas a su procedimiento serán enviadas a casa con usted. Es muy importante que usted siga las instrucciones. Si tiene alguna pregunta o preocupaciones, por favor llame a su doctor.
- Cuando retome sus hábitos de alimentación, comience con líquidos claros. Comidas solidas pueden ser consumidas después de cuatro a seis horas. Para el día siguiente usted debe poder retomar su dieta normal.
- Usted se puede sentir adormecido o mareado después de la cirugía. No debe manejar un automóvil u operar maquinaria por lo menos por 24 horas después de la cirugía.
- Nuestro personal ha sido seleccionado cuidadosamente por su experiencia, entrenamiento y dedicación. Ellos toman un interés personal en usted antes, durante y después de su cirugía. Una enfermera de nuestras instalaciones le llamara a su casa para comprobar su progreso.



## COMO PACIENTE DE LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER USTED TIENE EL DERECHO DE:

Dignidad como un individuo.

Cuidado considerado y respetuoso.

Privacidad al grado consecuente con asistencia médica adecuada. Resultados de exámenes y tratamiento serán confidenciales.

Información actual concerniente a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que usted pueda comprender. Cuando no sea medicamente recomendable darle información a usted, se le hará disponible a una persona apropiada a cargo suyo.

Información suficiente por parte de su doctor, antes de cualquier procedimiento, para formar la base de una solicitud razonable para dicho procedimiento. Excepto en emergencias, dicha información deberá incluir el procedimiento, los riesgos significativos implicados y la posible duración de incapacitación.

Rechazo de tratamiento e información en lo medico u otras consecuencias de su acción.

Privacidad y confidencialidad de todos los registros correspondientes a su tratamiento, excepto como por otra parte proporcionado por la ley o terceros por contrato de pago.

Continuidad de cuidados con asistencia en localizar servicios alternos y/o continuidad de los cuidados de salud requeridos, si alguno, luego del alta.

La identidad, a solicitud, de todo el personal autorizado en asistir en su tratamiento.

El derecho de cambiar doctor de cabecera o especialista si hay otros médicos calificados disponibles.

Rechazo a participar en programas de investigación. Experimentación humana afectando el cuidado o tratamiento se proporcionara únicamente con su consentimiento informado.

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

Tratamiento sin discriminación a la raza, color, religión, sexo, creencia o discapacidad.

Su médico puede que tenga intereses financieros en LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC, y usted tiene el derecho de tener su procedimiento realizado en otro lugar.

**Los pacientes son informados de sus derechos verbalmente y por escrito antes del día de su procedimiento.**

**South Carolina Department of Health & Environmental Control**

**Division of Health Licensing**

**2600 Bull Street**

**Columbia, SC 29201**

**(803) 545-4370**

**Website & Phone number for Medicare Beneficiary Ombudsman**

**<http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>**

**1-800-633-4227**

**Si usted no vio el video o recibio estos derechos verbalmente, por favor llame a (803) 285-6091 para escuchar un mensaje previamente grabado.**

## **POLIZA DE DIRECTIVA ANTICIPADA**

- Todos los pacientes tienen el derecho de participar en las decisiones del cuidado de su salud y de hacer directivas anticipadas o de ejecutar poderes legales. Estos documentos autorizan a otros a tomar decisiones en su nombre basados en los deseos expresados por el Paciente, cuando el paciente es incapaz de tomar una decisión o no puede comunicar sus decisiones. Este centro de cirugía respeta y defiende esos derechos. Sin embargo a diferencia de un entorno de hospital de cuidados agudos, el ASC no realiza rutinariamente procedimientos de “alto riesgo”. Por supuesto, ninguna cirugía está libre de riesgo. Usted discutirá los detalles de su procedimiento con su médico quien podrá contestar sus preguntas con respecto a los riesgos, las expectativas de su recuperación y cuidados después de cirugía.
- Por lo tanto, es nuestra póliza, independientemente del contenido de cualquier directiva anticipada o instrucciones de parte de un sustituto de la asistencia médica o abogado de hecho, de que en el evento de que se presentara una situación de emergencia durante su tratamiento en estas instalaciones, iniciaremos medidas de resucitación y estabilización, y será transferirlo a un hospital para evaluación adicional o tratamiento. Si un paciente debe proporcionar su directiva avanzada, una copia será incluida con el expediente médico y transferido con el paciente si la transferencia a un hospital es solicitada por su médico. Favor de informar a estas instalaciones o su médico si usted no está de acuerdo con esta póliza, para que su procedimiento pueda ser programado en otras instalaciones. Una copia del formulario estatal oficial de la directiva anticipada será disponible a su solicitud.

## **POLIZA DEL AGRAVIO**

- LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC mantiene la siguiente póliza para permitir que cualquier persona presente una queja.
- Cualquier persona o familiar que desee presentar un agravio o queja con respecto a la calidad de cuidados o servicios en LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC debe contactar al Administrador de LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC llamando a (843) 285-6065.
- Al recibo de la queja el apropiado supervisor del departamento, el Director Médico, y el Coordinador de Aseguramiento de Calidad serán contactados. Estas partes trabajarán juntos para investigar a fondo cada agravio y queja.
- LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER LLC, tomara acción pronta para rectificar cualquier problema. Además, responderá a cada legítimo agravio dentro de una semana de finalización de la investigación del mismo.
- LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC destaca a todos sus empleados de que el acto de presentar una queja, de ninguna manera afecta a un paciente de futuro acceso a la atención médica o la calidad de atención o servicios que él/ella reciba.

## **INFORMACION FINANCIERA Y DE FACTURACION**

- Favor de traer consigo una forma de identificación con fotografía y una copia de su tarjeta de seguro médico para poder presentar su reclamación correctamente.
- Antes del día de su procedimiento, será notificado de un estimado de su responsabilidad financiera. Ej.: el coseguro, deducible, y copago. Cualquier pregunta específica con respecto a su cobertura médica, le sugerimos que contacte a su compañía de seguro.
- Su asistencia en asegurar un pronto pago por parte de su compañía de seguro, será apreciada. Dado que el contrato es entre usted y su compañía de seguro, cualquier balance pendiente será su responsabilidad o de la persona que firme la responsabilidad financiera de la cuenta.
- Si su procedimiento no es cubierto por su compañía de seguro, o si se requiere que usted pague una porción de su factura; el pago será solicitado antes del día de su procedimiento. Nosotros aceptamos Visa, MasterCard y Discover.
- Puede que reciba cargos adicionales relacionados con su cirugía que NO son parte de los cargos de las instalaciones. Estos pueden incluir cargos de su médico cirujano, anestesista, patólogo, y pruebas realizadas en otras instalaciones.

## CITA DE PROCEDIMIENTO

FECHA DE PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_

HORA DE PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

Favor de traer consigo su información de seguro médico, identificación con fotografía, y una lista actual de sus medicamentos en el día de su cita.



### LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER

93A Springview Lane  
Summerville, SC 29485  
Phone: (843) 285-6065  
Fax: (843) 285-6081