TAMPA OUTPATIENT SURGERY

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

EN TAMPA OUTPATIENT SURGERY, LOS PACIENTES SON TRATADOS DE UNA MANERA QUE RECONOCE SUS DERECHOS HUMANOS BÁSICOS.

TRATO: Usted tiene el derecho a recibir atención respetuosa en cada momento y bajo todas las circunstancias, con el reconocimiento de su dignidad personal.

PRIVACIDAD: Usted tiene el derecho, dentro de la ley, a la privacidad de su información personal e informativo.

INFORMACIÓN: Usted tiene el derecho a recibir, en la medida conocida, la información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

SEGURIDAD: Revelaciones y los registros son tratados de forma confidencial, y salvo cuando sea requerido por ley, usted tiene el derecho de aprobar o rechazar la divulgación de estos registros.

PARTICIPACIÓN: Usted tiene la oportunidad de participar en las decisiones de su cuidado médico, a menos que esté contraindique las preocupaciones por su salud.

ACCESO: Usted tiene derecho a tratamiento sin distinción de raza, color, sexo, origen nacional, religión, discapacidad, incapacidad o preferencia sexual. En Tampa Outpatient Surgery, se adhiere a todas las normas federales y estatales, reglamentos y políticas para promover un entorno que no sea discriminatorio para todos nuestros pacientes.

FINANZAS: *Usted es responsable del pago de su co-seguro, deducibles y co-pago antes del día del servicio.* Si hay una diferencia entre la estimación recogida y su responsabilidad actual, le devolveremos su dinero o enviarle una declaración de la balanza. Usted tiene el derecho a recibir un recibo detallado para todos los servicios.

IDENTIFICACIÓN: Usted tiene el derecho a conocer la identidad y la condición profesional de todas las personas que le prestan servicio a usted.

COMENTARIOS: Se le da la oportunidad de informar de cualquier comentario relativo a la calidad de los servicios proporcionados a usted durante el tiempo de estancia en la facilidad y recibir una feria del seguimiento de sus comentarios.

DIVULGACIÓN DE LA PROPIEDAD: Esta facilidad es propiedad de una sociedad anónima formada por médicos. Su médico puede ser un propietario en el interior o de esta facilidad. Tenga en cuenta que usted tiene el derecho de elegir dónde recibe los servicios, incluyendo una entidad en la que su médico pueda tener una relación financiera.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA SON:

- Cualquier resultado que resulta de rechazar el tratamiento o que no cumplan con el tratamiento
- Proveer su pasado y presente historia médica y quirúrgica
- Comprender la naturaleza de la cirugía
- Seguir todos los planes de tratamiento establecidos para usted
- Ser considerado de los derechos de otros pacientes
- Seguir las reglas de la organización y reglamentos que rigen el cuidado del paciente y gobierna la conducta
- Proveer retroalimentación sobre las necesidades de servicio y las expectativas

1. ¿Ha ejecutado un Testamento de Vida? **Sí** **No**
2. ¿Le a dado Poder a un Abogado? **Sí** **No**

Si está disponible por favor provea una copia del documento de su expediente médico

****

Yo reconozco que estoy solicitando el tratamiento quirúrgico ambulatorio de Tampa Outpatient Surgical Facility y que yo soy responsable por cualquier costo para que el tratamiento, independientemente de si tengo o no tengo cobertura de seguro. Me comprometo a pagar puntualmente sobre el recibo, cualquier declaración por los servicios prestados. Los saldos que quedan pendientes de pago después de 30 días están sujetos a cargos por servicios que no exceda de dieciocho (18) por ciento por año. También estoy de acuerdo que si cualquier cantidad está pendiente por un período de (60) días, que el equilibrio se consideran delincuentes y puede ser entregado a una agencia de cobro, o con un abogado para su cobro. Si la cuenta es enviada a una agencia de colección o un abogado, porque la cuenta está en mora, a continuación, y en eso, estoy de acuerdo en que, además de la acusación formulada por Tampa Outpatient Surgical Facility para los servicios médicos, también pagará el cargo realizado por la agencia de cobro y / o honorarios razonables de abogados y costos incurridos recoger el saldo pendiente de mi cuenta.

Por la presente solicito y dirigir mi compañía de seguros a pagar directamente a Tampa Outpatient Surgical Facility para el beneficio médico en otro caso que me bajo los términos de mi póliza. El pago de esta cantidad como se indica será el mismo que si se paga por mí. También autorizo el centro de cirugía para liberar la información (para incluir información en relación con enfermedades contagiosas o venéreas) adquiridos en el curso de examen o tratamiento a mi compañía de seguros, peritos o del hospital si se transfieren para la atención de seguimiento. Una fotocopia o similares de esta asignación será tan válida como si fuera el original.

Doy fe de que yo, un paciente o persona responsable del Tampa Outpatient Surgical Facility, recibe una copia del folleto TOS Derechos y Responsabilidades del Paciente y el folleto de Aviso de Prácticas de Privacidad.

_____ _____

Testigo Fecha Firma del Paciente o Persona Responsable Fecha

Patient Sticker