

**Consentimiento para los exámenes y el tratamiento**

He venido al hospital de atención ambulatoria (Centro) para recibir tratamiento médico. Consiento voluntariamente el examen y tratamiento que mi médico considere necesarios, que incluyen, entre otros, servicios médicos, quirúrgicos, de laboratorio y de rayos X. Entiendo que los médicos que me brindan servicios no son empleados del (Centro), sino que son trabajadores independientes a quienes se les permite utilizar las instalaciones del Centro para atender y tratar a sus pacientes. Acepto que el Centro y mi médico pueden obtener muestras y tejidos, según corresponda, para mi diagnóstico y tratamiento, y sus respectivas operaciones de salud, y por medio del presente autorizo al Centro a desechar las muestras o los tejidos extraídos de mi cuerpo. Acepto el uso de video o de otros métodos de monitoreo electrónico o de grabación necesarios para mi tratamiento o seguridad. Entiendo que el Centro no puede preparar determinados medicamentos compuestos. En el caso de que necesite medicamentos compuestos que el Centro no pueda preparar, acepto recibir estos medicamentos preparados por una farmacia contratada para brindar dichos servicios.

**Derechos del paciente, proceso de quejas y directivas anticipadas**

He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades como paciente, o me han informado sobre ellos. Entiendo que el Centro tiene un proceso para recibir y resolver cualquier inquietud, queja o reclamo. Puedo llamar al administrador para que me ayude a presentar y resolver estos problemas. Entiendo que, según las leyes de Virginia, tengo derecho a determinar o elegir por anticipado a una persona que tome decisiones por mí, el tipo de tratamiento médico o quirúrgico que desearía recibir en caso de que no sea capaz de comunicarle a mi médico qué tipo de tratamiento deseo. Reconozco que el Centro me ha ofrecido brindarme el “derecho a decidir” en relación con estas “directivas anticipadas”. Si ya tengo una directiva anticipada, proporcionaré una copia para que se incluya en mi expediente médico, y entiendo que el Centro no puede respetar las instrucciones de mi directiva anticipada hasta que yo proporcione o redacte una nueva. Si aún no tengo una directiva anticipada, puedo contactar a una de las enfermeras preoperatorias si deseo hablar sobre alguna de ellas.

**Servicios de interpretación y ayudas auxiliares**

Entiendo que el Centro ofrece intérpretes médicos profesionales a pacientes y acompañantes que tengan dominio limitado del idioma inglés o que sean sordos. Los intérpretes están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana sin costo para los pacientes o familias. El Centro brinda ayudas auxiliares gratuitas, que incluyen, entre otros, teléfonos de texto, materiales escritos, dispositivos de asistencia para escuchar y decodificadores de subtítulos.

**Estudiantes y residentes médicos**

Entiendo que el Centro participa en programas de educación sobre atención médica y acepto que los estudiantes puedan participar en mi atención. Entiendo que residentes médicos que han completado la facultad de medicina podrían estar involucrados en mi atención.

**Consentimiento tácito**

Entiendo que, según las leyes de Virginia, si mientras me examinan o me brindan tratamiento cualquier persona empleada o que esté bajo la dirección y el control del Centro, o cualquier otro proveedor de atención médica, se expone directamente a mis líquidos corporales corriendo el riesgo de infectarse con VIH, hepatitis B o C, se considerará que he aceptado someterme a pruebas de detección de infección por VIH, hepatitis B o C y que se divulguen los resultados de las pruebas a la persona expuesta.

**Divulgación de información**

Autorizo al Centro a divulgar todo o parte de mi expediente médico u otra información a cualquier persona o entidad de acuerdo con y para los propósitos permitidos por la ley federal y estatal, que incluyen, entre otros, informar enfermedades infecciosas y revisión por parte de expertos. También autorizo la divulgación de la información al médico que me está tratando o a cualquier médico(s) o instalación de cuidado de la salud a la cual me hayan referido o trasladado. Autorizo la divulgación de información a agencias potenciales o reales que puedan necesitar esta información para determinar si pueden proporcionarme servicios.

**Objetos de valor personales/posesiones**

Entiendo que el Centro no tiene una caja fuerte para guardar el dinero o los objetos de valor de un paciente. Se recomienda dejar mi dinero y objetos de valor en casa. Acepto la responsabilidad de cualquier posesión que tenga conmigo, que incluyen, entre otros, prótesis dentales, lentes, lentes de contacto, audífonos y dispositivos electrónicos.

**Certificación**

Certifico que he leído todo el formulario, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario, que todas mis preguntas han sido respondidas y que entiendo el contenido y el propósito de este formulario. Certifico que soy paciente o la persona autorizada por el paciente de acuerdo con la ley de Virginia para firmar este formulario y aceptar sus términos.

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente



Identificación del paciente

# Información Financiera para pacientes

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_  
Cirugía propuesta: \_\_\_\_\_

Los honorarios del **Centro de Cirugías ambulatorias de Fredericksburg/ Fredericksburg Ambulatory Surgery Center-FASC-**, **NO INCLUYEN: estudios de laboratorio o radiografías, honorarios del médico cirujano, honorarios del médico anesthesiólogo, honorarios del médico radiólogo ni los honorarios de patología. Estos servicios, en caso de prestarse, serán facturados por separado por el médico o profesional sanitario que los realice.**

**Los honorarios de FASC INCLUYEN lo siguiente:** uso de quirófanos y suministros, sala de recuperación, observación postoperatoria, suministros de anestesia y medicamentos administrados durante su estancia en el centro. Los implantes pueden tener un precio aparte.

Si su seguro médico cubre la cirugía, se presentará una reclamación a su compañía aseguradora para el reembolso. Usted recibirá un estado de cuenta mensual con el saldo pendiente. Si tiene alguna pregunta sobre su factura después de la cirugía, diríjase a:

**antes de** Julio 1, 2025 - RMC Facturación (540) 741-3575

**después de** Julio 1, 2025 - MWH Departamento de facturación (540)741-1041

**en cualquier momento** a SU compañía de seguro médico

La mayoría de las aseguradoras recomiendan las cirugías ambulatorias por su rentabilidad. Es responsabilidad del paciente confirmar con su aseguradora la cobertura de su plan en FASC, y cualquier requisito de preautorización o segunda opinión.

Si no tiene seguro médico o si su seguro no cubre los gastos, usted deberá hacer los arreglos de pago correspondientes antes de la fecha de su cirugía. Comuníquese con el Departamento de Asistencia Financiera de MWH llamando al (540) 741-1041.

AUTORIZACIONES DEL SEGURO MEDICO: Por la presente, autorizo al Centro de Cirugía Ambulatoria de Fredericksburg a divulgar información médica a cualquiera de mis médicos o compañías de seguros que sea pertinente a mi caso. Autorizo que el pago de los beneficios se realice directamente al Centro de Cirugía Ambulatoria de Fredericksburg, o bien, que de otro modo se me pagarían a mí. Entiendo que soy responsable financieramente de los cargos derivados del tratamiento del paciente mencionado anteriormente. Entiendo que se presentará la reclamación a mi seguro médico; sin embargo, si el pago de la compañía de seguros no se realiza a tiempo, es mi responsabilidad pagar al Centro de Cirugía Ambulatoria de Fredericksburg y solicitar el reembolso a mi aseguradora. Entiendo que, en caso de que mi caso sea remitido a un abogado para su cobro, yo seré responsable de los honorarios adicionales del abogado y las costas judiciales. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

PACIENTES DE MEDICARE: Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier persona que posea información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios o aseguradoras, cualquier información relacionada con esta o cualquier otra reclamación de Medicare. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios al Centro de Cirugía Ambulatoria de Fredericksburg. Entiendo que Medicare pagará el 80% de su tarifa usual y acostumbrada, y que soy responsable del 20% restante, además de cualquier deducible.