





Estimado Paciente:

Las nuevas regulaciones federales han instituido un programa informativo para todos los pacientes que planean tener una cirugía o un procedimiento en un Centro Ambulatorio de Cirugía (Ambulatory Surgery Center-ASC).

Incluido por favor encuentre la información escrita que necesita leer y ser consciente antes de su día programado de cirugía o de procedimiento.

También, por favor estar consciente de que necesitamos un formulario firmado que verifica que recibió esta información ambas formas verbalmente y escrito. Nuestro personal de oficina se comunicara para darle esta información verbalmente, si no lo han hecho todavía.

La oficina de su médico pudo también haberle dado esta información y le hizo firmar un formulario en su oficina; si es así, puede desatender la información escrita incluida.

Por favor comunicarse con el centro en caso de alguna pregunta o preocupación que pueda tener antes de su cirugía o procedimiento programado. 401-274-1810

Sinceramente,

Kathryn Abiri, RN MSN
Administrador de la Facilidad



Directiva Anticipada

El Bayside Endoscopy Center hace procedimientos diarios y electivos, y como tal no reconoce directiva anticipada.

Los pacientes serán informados de sus derechos a formular una directiva anticipada y que no están obligados a tener por anticipado para poder recibir tratamiento en este centro. Directiva anticipada no es honrada en esta facilidad y en caso de situaciones de vida o muerte, el avance de soporte vital cardiaco (CPR/BLS) se instituye en todos los casos y el paciente será transportado a un hospital.



Bayside Endoscopy Center, LLC
Es una facilidad "para beneficio" comprendida de los propietarios siguientes:

Socio General

Symbion Ambulatory Resource Center

Socios Limitados

Paul Akerman, MD

Pedro Barros, MD

Eric Berthiume, MD

William Chen, MD

John Cribb, MD

Angela Fishman, MD

Sheldon Lidofsky, MD

Lisa Mueller, MD

Peter Margolis, MD

Thomas McMahon, MD

Kevin Palumbo, MD

Theodore Palumbo, MD

Edward Pensa, MD

Joseph Pianka, MD

Thomas Sepe, MD

Philip Trupiano, MD

Paul Van Zuiden, MD

Bayside Endoscopy Center, LLC
33 Staniford Street
Providence, RI 02905
401-274-1810

Si algun individuo tiene alguna duda sobre el cuidado o seguridad del paciente en Bayside Endoscopy Center, por favor comunicarse con una de las dos personas mencionadas a continuación al 401-274-1810

Defensor del Paciente - Janice Goff, RN
Oficial de Seguridad - Jennifer Nisbet, RN

O puede comunicarse con administración al 401-274-1810

Administrador de la Facilidad - Kathryn Abiri, RN MSN
Director Médico - Sheldon Lidofsky, MD
Gerente de Clinica - Janice Goff, RN
Gerente de Oficina de Negocios - Debra-Walter
oficial

BEC facilidad aprobada de asistencia médica. Numero de queja para pacientes con asistencia médica es: 1-800-252-5533
BEC esta licenciado con ASC de Rhode Island. Número de Departamento de RI de Salud Pública es: 1-800-942-7432
BEC es una facilidad de comisión conjunta acreditada. Numero de queja para pacientes de JC es: 1-800-994-6610



The Joint Commission

*Bayside Endoscopy Center
33 Staniford Street, 1st Floor
Providence, RI 02905
(401) 274-1810*

LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PACIENTES

El paciente tiene el derecho a:

- Recibir el cuidado necesario para ayudar a recuperar y mantener a el/ella con el máximo estado de salud y si es necesario, enfrentar la muerte.
- Contar que el personal que cuida al paciente sea amable, considerado, respetuoso y calificado por medio de educación y experiencia, y llevar a cabo los servicios de los cuales son responsables con la más alta calidad de servicios.
- Completar información con la máxima sabiduría del médico, con respecto al diagnóstico, tratamiento, y pronóstico, así como tratamientos y procedimientos alternativos y posibles riesgos de efectos secundarios asociados con el tratamiento.
- Estar completamente informado del alcance de los servicios disponibles, provisión después del horario y cuidado de emergencia, y los honorarios relacionados por los servicios hechos.
- Ser participante en decisiones con respecto a la intensidad y alcance del tratamiento. Si el paciente no puede participar en esas decisiones, el representante designado por el paciente u otra persona legalmente designada ejercitara los derechos del paciente.
- Actividades de control de dolor se proporcionan para eliminar la preocupación del paciente y el reconocimiento de la dignidad del paciente como ser humano.
- Rechazar el tratamiento hasta lo permitido por la ley y ser informado de las consecuencias médicas de tal denegación. El paciente acepta la responsabilidad de sus acciones si el/ella rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones dadas por el médico o facilidad.
- Aprobar o rechazar la liberación de informes médicos a cualquier individuo fuera de la facilidad, excepto en caso de transferencia a otra facilidad de salud, o según los requisitos de ley o contratos con tercera personas.
- Ser informado de cualquier experimentación humana o de otra investigación/proyectos educativos que afectan su cuidado o tratamiento y puede rechazar la participación en tal experimentación o investigación sin comprometer el cuidado usual del paciente.
- Expresar el agravio o las quejas y las sugerencias en cualquier momento.
- Cambiar al médico primario o de especialidad o dentista si otros médicos o dentistas calificados están disponibles.
- Ser completamente informado antes de cualquier transferencia a otra facilidad u organización.
- Expresar la creencia espiritual y las prácticas culturales que no dañan otros ni interfieren con el curso previsto de terapia médica para el paciente.

El paciente es responsable por:

- Ser considerado con otros pacientes y personal y ayudar en el control de no fumar, ruido, y otras distracciones.
- Respetar la propiedad de otros y la facilidad.
- Reportar si él/ella entiende claramente el curso del tratamiento previsto y lo que se espera de él/ella.
- Conservar las citas y, cuando sea incapaz de ir por cualquier razón, de notificar a la facilidad y al médico.
- Proveer a los donantes de cuidado la información más exacta y más completa con respecto a las quejas actuales, últimas enfermedades y hospitalizaciones, medicamentos, los cambios inesperados en la condición del paciente o cualquier otro tema de salud del paciente.

Contacto del Centro: Kathy Abiri, Administradora de Facilidad or Sheldon Lidofsky, MD
33 Staniford Street 33 Staniford Street
Providence, RI 02905 Providence, RI 02905
(401) 274-1810 (401) 274-1810

Contacto del Departamento de Salud del Estado: RI Department of Health
3 Capitol Hill
Providence, RI 02908
(800) 942-7432

Defensor del Beneficiario del Seguro de Enfermedad: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
Pagina de Internet: www.cms.hhs.gov/centerombudsman

BAYSIDE ENDOSCOPY CENTER

AVISO DE POLIZAS DE PRIVACIDAD

I. ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISAR CUIDADOSAMENTE.

II. TENEMOS EL DEBER LEGAL DE SALVAGUARDAR SU INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD (PROTECTED HEALTH INFORMATION-PHI)

En Bayside Endoscopy Center, estamos sometidos a tratar y usar información protegida sobre usted responsablemente. Este aviso explica como usamos y compartimos su información protegida de salud (PHI-corto). Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su PHI y seguir las pólizas de privacidad descritas en este aviso.

PHI incluye información de salud o condición que nosotros creamos o recibimos sobre su pasado, presente, o futuro, la disposición de cuidado de salud suyo, o el pago por cuidado de salud proporcionado a usted. En general, nosotros no usaremos o compartiremos su información de salud protegida (PHI) más de la cuenta, a no ser que sea necesario para cumplir nuestro propósito.

Es posible que nosotros cambiemos los términos de este aviso y nuestras pólizas en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicara al PHI que ya tenemos. Cuando nosotros cambiemos las pólizas, puntualmente cambiaremos este aviso y lo publicaremos en nuestra área de recepción principal.

III. COMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU PHI

Nosotros usamos y compartimos PHI por muchas razones diferentes debajo, describimos diferentes razones y daremos algunos ejemplos de cada categoría.

A. uso de PHI para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud. Nosotros podemos usar y compartir su PHI por las siguientes razones:

1. **Para tratamiento.** Nosotros podemos usar y compartir su PHI con médicos, asistentes de médicos, enfermeras, enfermeras practicantes, estudiantes de medicina y otros que le proporcionan los servicios de salud o están involucrados en su cuidado. Por ejemplo, nosotros podemos revelar su PHI a un medico que se refiera si tiene alergia a algun medicamento o es posible que nosotros mandemos un reporte al medico referido para cualquier tratamiento.

2. **Para pago.** Es posible que nosotros usemos y compartamos su PHI para facturar y coleccionar pagos por tratamiento y servicios dados. Por ejemplo, es posible que nosotros usemos su PHI con su plan de seguro, para poder que paguen por sus servicios de cuidado de salud proporcionados. También es posible que usemos su PHI con agencias de coleccion y compañías que procesen nuestras demandas de cuidado de salud.

3. **Para operaciones de cuidado de salud.** Es posible que nosotros usemos y compartamos su PHI para poder

manejar esta facilidad. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar a los profesionales que le proporcionan servicios. También es posible que nosotros compartamos su PHI con nuestros contadores, abogados, y otros para poder asegurarnos de que estamos obediendo todas las leyes que nos afectan.

B. **Otros usos de PHI.** Es posible que usemos y compartamos su PHI por las razones siguientes:

1. **Informes exigidos por la ley.** Es posible reportar su PHI cuando la ley nos exija dar su información a agencias del gobierno y la aplicación de la ley sobre las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; cuando se trata de arma de fuego y otras heridas, o cuando sea necesario en un proceso legal.

2. **Salud Pública.** Nosotros podemos reportar PHI sobre muertes, y otras enfermedades a los funcionarios del gobierno encargados de recoger esa información. Podemos proporcionar PHI relacionado con la muerte a médicos forenses, médicos examinadores y directores de funerarias.

3. **Supervisión de salud.** Nosotros podemos reportar PHI para ayudar al gobierno cuando se investiga o inspecciona un proveedor de servicios de salud o la organización.

4. **La donación de órganos.** Nosotros podemos notificar a los órganos de bancos para ayudarlos con órganos, ojo, o donación de tejido y trasplante.

5. **Investigación.** Podemos utilizar su PHI para llevar a cabo investigación médica.

6. **Para evitar daños.** Nosotros podemos reportar su PHI a la aplicación de la ley, a fin de evitar una grave amenaza para la salud o seguridad de una persona o del público.

7. **Otras funciones del gobierno.** Nosotros podemos reportar su PHI para ciertos militares y actividades veteranos, seguridad nacional y propósito de inteligencia, servicios de protección para el Presidente de los Estados Unidos, o situaciones en una institución correccional.

8. **Indemnización de trabajadores.** Nosotros podemos reportar su PHI para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores.

9. **Recordatorios de citas y beneficios relacionados con la salud o servicios.** Podemos utilizar su PHI para proporcionarle recordatorios de citas, o darle información sobre las opciones de tratamiento u otros servicios de atención de salud o los beneficios que ofrecemos.

C. **Usos y Divulgaciones para las Cuales Usted Tiene la Oportunidad de Ponerse de Acuerdo u Objetar**

Divulgación a familiares, amigos, u otros. Podemos revelar su PHI a un familiar, amigo cercano o cualquier otra persona que se dedica a su cuidado o el pago de la atención de la salud, a menos que usted se oponga.

BAYSIDE ENDOSCOPY CENTER
AVISO DE POLIZAS DE PRIVACIDAD

Página 2

D. cuando el uso de PHI exige su previa autorización por escrito. Tenemos que pedir su autorización por escrito para cualquier otro uso de su PHI no explicado en las secciones III-A, B, C. Si usted nos autoriza utilizar su PHI, puede eliminar más tarde la autorización y parar todo uso futuro de su PHI. Puede quitar la autorización con una petición escrita a la oficina de privacidad en:

Bayside Endoscopy Center
33 Staniford Street
Providence, RI 02905

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

A. Su derecho a solicitar límites sobre el uso de PHI.

Puede pedir que nosotros limitemos los usos y compartimiento de su PHI. Podemos considerar su petición pero no estamos legalmente obligados a aceptarla. Si estamos de acuerdo con su solicitud, vamos a seguir sus límites, excepto en situaciones de emergencia. No se puede limitar el uso y los informes que estamos legalmente obligados o autorizados a realizar.

B. Su derecho a elegir la forma en que enviamos su PHI.

Puede pedir que le mandemos su información a una dirección diferente (por ejemplo, la dirección del trabajo en vez de la dirección de su casa) o por medios diferentes. Podemos estar de acuerdo con su petición, en forma de que sea fácil de proporcionar su petición. Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa, en vez de su trabajo. Usted debe hacer su petición en escrito a nuestra oficina de privacidad.

C. Su derecho a ver y adquirir una copia de su PHI.

Usted puede ver y obtener una copia de su PHI (a excepción de las notas de salud mental). Su petición debe de estar en escrito. Si nosotros no tenemos su PHI, y sabemos quien lo tiene, le podemos decir como obtenerlo. Nosotros le responderemos en 30 días de su petición. Si le negamos su solicitud, le diremos, por escrito, nuestras razones de negación. Entonces tiene derecho a tener la negación revisada.

Si usted pide una copia de su PHI, es posible que le cobremos. En vez de proporcionarle la petición de su PHI, le podemos ofrecer darle un resumen o explicación de su PHI, en forma que este de acuerdo a eso y el costo por adelantado.

D. Su derecho a una lista de los informes que hemos hecho. Usted tiene el derecho a obtener una lista de las personas que le hemos dado información de su PHI. La lista no incluye informes para tratamiento, pagos, o operaciones de cuidado de salud; informes que usted a autorizado anteriormente; informes hechos directamente a usted o su familia; informes de nuestro directorio; informes realizados por razones de seguridad nacional; informes para correcciones o fuerzas del orden, o informes presentados antes de Abril 14, 2003.

Le responderemos a su solicitud dentro de 60 días. Nosotros incluiremos sus informes realizados en los últimos seis años, a menos que usted solicite un tiempo más corto. La lista incluirá la fecha de cada informe, la identidad de la

persona (s) recibiendo el informe, el tipo de información, y el motivo por el informe.

Nosotros no le cobraremos por la lista. Si hace más de una petición en el mismo año, sin embargo, le podemos cobrar una tasa por cada solicitud adicional. Por una lista, usted debe hacer una solicitud al oficial de privacidad.

Bayside Endoscopy Center
33 Staniford Street
Providence, RI 02905

E. Su derecho a corregir o actualizar su PHI. Si usted siente que hay un error en su PHI, o que falta información importante, usted puede solicitar una corrección. Su solicitud debe ser por escrito e incluir una razón por la petición. Su petición debe ser hecha a la:

Privacy Officer
Bayside Endoscopy Center
33 Staniford Street
Providence, RI 02905

Le responderemos dentro de 60 días de su solicitud. Podemos negar su petición si el PHI es (I) correcto y completo, (II) no creada por nosotros, (III) no puede ser compartido con usted, o (IV) no está en nuestro historial. Si negamos su solicitud, le informaremos de los motivos de la denegación. Entonces usted puede presentar una declaración por escrito de desacuerdo, o usted puede pedir que su solicitud original y nuestra denegación se agregara a todos los informes futuros de su PHI.

Si estamos de acuerdo en honorar su solicitud, cambiaremos su PHI, le informaremos del cambio, y decirle a los demás que necesitan saber sobre el cambio de su PHI.

F. Su derecho a recibir una copia en papel de este aviso.

Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

V. PERSONA DE CONTACTO PARA OBTENER INFORMACIÓN ACERCA DE ESTE AVISO O PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, desea presentar una queja sobre nuestra póliza de privacidad, siente que hemos violado sus derechos de privacidad, o esta en desacuerdo con una decisión que hicimos acerca del acceso a su PHI, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad:

Bayside Endoscopy Center
33 Staniford Street
Providence, RI 02905

Usted también puede enviar una queja por escrito a la secretaria, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. Su denuncia no alterará o afectará la atención que le proporcionamos.

VI. FECHA EFECTIVA DE ESTE ANUNCIO

Este aviso está en efecto a partir de Abril 14, 2003.