

AAESC - CENTRO DE CIRUGÍA OCULAR AMBULATORIA DE ALBUQUERQUE

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO

Nombre del paciente: _____

Cirujano(s) _____

Consentimiento para cirugía o procedimiento: Reconozco que he autorizado e indicado a mi cirujano (o a sus asistentes) a que me realice la siguiente operación o procedimiento, a que me administre todo medicamento que sea necesario y a que me brinde los servicios que considere adecuados en función de lo observado y detectado durante dicha operación, incluidos, entre otros, servicios relativos a patologías, y a que elimine el tejido o los órganos que se me deban retirar.

Riesgos y alternativas: Mi cirujano (o los asistentes que elija) me ha explicado la naturaleza de la operación o procedimiento, los beneficios o efectos esperados y las alternativas médicamente aceptables, además de los riesgos inherentes y los riesgos por NO realizarme el procedimiento. Certifico que basándome en la información que me entregó mi cirujano, comprendo en términos generales la operación o procedimiento que se me realizará y que no se me han garantizado sus resultados.

Consentimiento para ser transferido: Comprendo que la cirugía o procedimiento que se me realizará en el centro AAESC será ambulatoria y que AAESC no ofrece atención médica las 24 horas. Si mi médico tratante estimara necesario mi transferencia a un hospital, por la presente consiento a ello y autorizo a los empleados de AAESC a que dispongan lo necesario para dicha transferencia.

Financiamiento y autorización para pagos del seguro y Medicare: Autorizo el pago de los beneficios a AAESC, al cirujano (o sus asistentes) que brinden el servicio que se me entregará, al anesthesiólogo que me tratará o al patólogo que me asistirá. Comprendo que seré responsable ante AAESC por los cargos que lo anterior no cubra y acepto pagarle a AAESC todos los cargos que no pague en su totalidad un tercero pagador. A todas las cuentas morosas se les aplicará un interés a una tasa legal.

Por la presente se acuerda y acepta que yo seré responsable de pagar los cargos razonables de abogado o los cargos aplicados por concepto de intereses de una cuenta abierta.

Acuerdo asistir en el procesamiento de demandas por beneficios.

Certifico que la información que he proporcionado para el pago conforme con el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta.

Entrega de información: Autorizo la entrega de la información necesaria para este o un cobro afin de Medicare a la Administración de la Seguridad Social y a la Administración del Financiamiento para la Atención Médica.

Autorizo la entrega de información médica o de otro tipo sobre mí que pudiera ser necesaria para la ejecución de pagos del seguro médico, la revisión de los servicios y la recepción de los beneficios a terceros pagadores.

Objetos de valor personales: AAESC no es responsable por objetos personales.

Observadores: Por la presente autorizo la presencia de observadores durante mi cirugía o procedimiento para fines educativos o de capacitación médica. El observador no será responsable ni participará en la realización del procedimiento.

Fotografías y grabación: Acuerdo que se tomen fotografías o se grabe la cirugía o procedimiento para fines médicos o educativos, siempre y cuando mi identidad no se revele en las imágenes ni en todo texto descriptivo que las acompañe. Las fotografías o videos serán de propiedad de AAESC.

Certificación: Reconozco que he leído (o se me ha leído) este consentimiento, que comprendo plenamente las explicaciones que se me han entregado y que llené todos los espacios en blanco por completar antes de firmar este documento. Las fotocopias de esta autorización serán consideradas igualmente válidas y efectivas como el original.

Firma del paciente (o representante autorizado y relación con el paciente)

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____