

# **BIENVENIDOS A VENTURA ENDOSCOPY CENTER**

5810 Ralston Street, Suite 101 Ventura, CA 93003

**Teléfono: 805.650.5500 Fax: 805.650.5505**

**Horario de atención: lunes a viernes de 6:30 am a 2:30 pm**

Agradecemos que confíe en nuestro establecimiento para realizar su endoscopia. Nuestro objetivo es ofrecerle un servicio de excelencia en todo momento. Al brindarle este servicio, es posible que nuestro personal se comunique telefónicamente con usted por los siguientes motivos:

- Para ofrecer información de pago**
- Para realizar un seguimiento después de realizado el procedimiento médico**

## **Contenido del paquete**

1. Bienvenida a Ventura Endoscopy Center
2. Fecha/hora del procedimiento médico y lista de registro
3. Derechos y responsabilidades del paciente (páginas 3 y 4)
5. Instrucciones
6. Island View Gastroenterology Associates – Información sobre el seguro con respecto a Procedimientos "Preventivos" y Política de Cancelación
- 7. Reglamentos de CMS**
- 8. Evaluación clínica e historia clínica**
- 9. Divulgación de titularidad del médico - Patología**
- 10. Aviso sobre responsabilidad e intereses económicos**
- 11. Revisión de la medicación ambulatoria**

Nota: Los temas anteriores en negrilla hacen referencia a formularios que deberá llenar y/o firmar

## **Aviso sobre la política del establecimiento en relación a las instrucciones anticipadas:**

Una instrucción anticipada le indica a su médico qué tipo de atención médica usted desea recibir en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo debido a un accidente, una enfermedad o incapacidad mental. Si bien reconocemos y respetamos los derechos del paciente de proporcionarnos una copia de las Instrucciones Anticipadas, también es política del establecimiento no honrar dichos documentos en este tipo de ámbito ambulatorio. Si un paciente sufre una emergencia o queda incapacitado en nuestro establecimiento, nosotros proporcionaremos cualquiera y todas las medidas de soporte vital del paciente, incluyendo el traslado inmediato al hospital más cercano de tratamientos agudos para continuar con la atención médica. En el hospital de tratamientos agudos las medidas de prolongación o desafectación del tratamiento que ya se haya comenzado serán aplicadas en conformidad con sus deseos, instrucciones avanzadas o con el poder notarial para el cuidado de la salud.

# VENTURA ENDOSCOPY CENTER

## FECHA/HORA DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO Y LISTA DE REGISTRO

### **Sírvase leer las instrucciones detenidamente y completamente**

EL PROCEDIMIENTO MÉDICO ESTÁ PROGRAMADO PARA:

HORA DE REGISTRO:

HORA DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO:

### **Cosas a tener en cuenta:**

- 1. Si recibe sedación, un adulto (mayor de 18 años) debe recogerlo después del procedimiento médico y responsabilizarse de usted después del alta. No podrá conducir.**
2. La administración de sedantes que recibirá durante el procedimiento médico alterará su capacidad para realizar ciertas actividades, incluyendo, pero sin limitación a: conducir un vehículo, operar equipos, realizar negocios y/o tomar decisiones importantes. Por lo tanto, deberá evitar dichas actividades hasta un día después del procedimiento médico.
3. Deje las joyas y los objetos de valor en el hogar. (Deberá traer estos documentos, anteojos de leer (si son necesarios para leer los documentos), su licencia de conducir y su tarjeta del seguro).
4. Podrá volver a las actividades normales 24 horas después del procedimiento médico.
5. Después del procedimiento médico y antes de darle el alta se le indicarán todas las instrucciones especiales, incluyendo la alimentación y la medicación.

**Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la preparación previa, el procedimiento médico o si necesita cancelar o reprogramar el procedimiento, comuníquese con la oficina de su gastroenterólogo al 805.641-6525. Además, llame al 805.641-6525 para avisarnos de cualquier cambio, incluyendo cambios en el seguro, cancelación de la cobertura o cualquier otra modificación que se produzca en el seguro.**

### **LO QUE DEBE TRAER EL DÍA DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO:**

**IDENTIFICACIÓN CON FOTO: Como la licencia de conducir  
TARJETA(S) DEL SEGURO**

**COPAGO: El copago debe ser abonado el día del servicio**

**ANTEOJOS: Si los necesita para leer**

**Los siguientes 5 formularios deberán ser llenados y entregados a Ventura Endoscopy Center el día del procedimiento médico:**

- **Reglamentos de CMS**
- **Evaluación clínica e historia clínica**
- **Revisión de la medicación ambulatoria**
- **Responsabilidad e intereses económicos**
- **Divulgación de titularidad del médico - Patología**

**Agradecemos su cooperación.**

# VENTURA ENDOSCOPY CENTER

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

### Derechos de los Pacientes

Los Pacientes tienen:

1. Derecho a recibir cuidado y tratamiento de calidad con respeto, consideración y dignidad.
2. Derecho a recibir la privacidad adecuada.
3. Derecho a la privacidad de información sin importar el diagnóstico, las opciones de tratamiento, comunicación y los resultados potenciales del tratamiento, así como el acceso a la información contenida en los expedientes médicos.
4. Derecho a participar en las decisiones referentes a su cuidado y tratamiento.
5. Derecho a saber si el doctor que va a llevar a cabo su procedimiento tiene algún interés financiero o de propiedad sobre el ASC.
6. Derecho a estar informado sobre las responsabilidades del paciente, reglas de conducta, y reglas del ASC que afectan el tratamiento del paciente.
7. Derecho a conocer los servicios que se ofrecen en estas instalaciones.
8. Derecho a conocer las instrucciones que se deben de seguir para darse de alta, y recibir información sobre su cuidado después de las horas regulares de servicio.
9. Derecho a recibir información detallada sobre los costos y cargos por el servicio.
10. Derecho de rehusarse a participar en experimentos de investigación.
11. Derecho a recibir las pólizas de nuestras instalaciones relacionadas con las directivas avanzadas, testamento y el proveer dicha información cuando el paciente lo requiera.
12. Derecho a recibir información sobre la no participación del ASC en las directivas avanzadas.
13. A petición del paciente este tiene derecho a conocer el proceso de credencialización del personal médico.
14. Derecho a conocer los nombres de aquellos que están a cargo del cuidado del paciente.
15. Derecho a recibir de nuestras instalaciones publicidad y comercialización veraz.
16. Derecho a estar informado si el doctor no tiene seguro de negligencia médica.
17. Derecho a denunciar cualquier agravio.
18. Derecho de rehusarse a recibir tratamiento, como lo especifica la ley. Puede rehusarse a recibir tratamiento y seguir recibiendo cuidado de salud alterno.
19. Derecho a estar plenamente informado de su condición médica.
20. Derecho a entender y firmar una forma de Consentimiento en la que especifica que ha sido informado antes de recibir el cuidado médico
21. Derecho a una valoración y un manejo apropiado del dolor.
22. Derecho a una continuidad en el cuidado. En caso de que el paciente necesite cuidados durante la noche nuestro personal hará los arreglos de transportación necesarios para que este sea transferido a un hospital.
23. Derecho a un trato respetuoso, cuidado seguro y tratamiento libre de reclusión, inmovilización, abuso o acoso.
24. A petición del paciente este tiene derecho a que un miembro de su familia sea notificado de su admisión, así como recibir información de su doctor.
25. Derecho a abandonar las instalaciones aun en contra de las indicaciones de su doctor.
26. Derecho a expresar creencias espirituales y culturales.

## Responsabilidad de los Pacientes

1. El paciente es responsable de proporcionar información completa/exacta relacionada con su salud; reportar si se percata de algún peligro relacionado con su cuidado médico, y reportar cambios inesperados en su salud.
2. El paciente y la familia son responsables de formular preguntas cuando no comprendan las indicaciones del personal con respecto al cuidado del paciente o las expectativas que se tengan de ellos.
3. El paciente es responsable de seguir el plan que el doctor le ha establecido para su tratamiento, incluyendo el seguir las instrucciones de las enfermeras y de cualquier profesional de salud con el fin de dar seguimiento a las órdenes del doctor.
4. El paciente es responsable de notificar a la oficina de ASC si no puede presentarse a la cita ya programada.
5. El paciente es responsable de proporcionar la información de su seguro médico, y de asegurarse de cumplir con las obligaciones financieras que adquiere al recibir cuidado médico.
6. El paciente es responsable de las consecuencias si este se rehúsa al tratamiento o falla en seguir las indicaciones del doctor.
7. El paciente es responsable de mostrar respeto y consideración a otros pacientes y al personal del lugar.

Estos derechos y responsabilidades ofrecen una idea general de los conceptos básicos de servicio aquí en el Centro de Cirugía Ambulatoria. Si usted considera que en algún momento mientras le proporcionaban el servicio nuestro personal no cumplió con una o más de las declaraciones anteriores, por favor pida hablar con el Director Médico o la Enfermera a cargo del lugar. Nosotros haremos todo lo posible para atender sus quejas y preocupaciones. Le enviaremos una respuesta escrita y haremos lo que esté a nuestro alcance para corregir el problema.

Si usted tiene alguna inquietud y considera que esta no puede ser atendida por a alguien de nuestras instalaciones por favor contacte:

- Ventura Endoscopy Center-Nursing Manager – 805-650-5500
- Joint Commission Office of Quality Monitoring al 1-800-994-6610 o también puede escribirles a: Joint Commission Office of Quality Monitoring, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL. 60181, por fax al (630) 792-5636.
- California Department of Public Health-Administración del Distrito de Ventura:805.604.2929
- Sitio de internet de la Oficina del Defensor del pueblo de Medicare: <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener ayuda. Si usted desea contactar usando el servicio de TTY deberá llamar al número 1-877-486-2048. Un representante turnara su pregunta al "Medicare Ombudsman" si es necesario.

# CÓMO LLEGAR A VENTURA ENDOSCOPY CENTER

Nuestro establecimiento está ubicado en 5810 Ralston Street, Suite 101 en Ventura, CA 93003. Ingrese al establecimiento desde el estacionamiento que está ubicado en la parte posterior del edificio. (Al lado del edificio AAA)

## Si viene por la autopista 101 Norte:

1. Salga en Victoria Avenue
2. Gire a la DERECHA en Victoria Avenue
3. Gire a la IZQUIERDA en Ralston Street
4. Llegue hasta el 5810 de Ralston Street, a su izquierda

## Si viene por la autopista 101 Sur:

1. Salga en Victoria Avenue y gire a la IZQUIERDA a la salida de la autopista
2. Gire a la IZQUIERDA en Victoria Avenue
3. Gire a la IZQUIERDA en Ralston Street
4. Llegue hasta el 5810 de Ralston Street, a su izquierda

## Si viene por la 126 Este:

1. Salga en Victoria Avenue
2. Gire a la DERECHA en Victoria Avenue
3. Gire a la DERECHA en Ralston Street
4. Llegue hasta el 5810 de Ralston Street, a su izquierda

## Si viene por la 126 Oeste:

1. Salga en Victoria Avenue
2. Gire a la DERECHA en Victoria Avenue
3. Gire a la DERECHA en Ralston Street
4. Llegue hasta el 5810 de Ralston Street, a su izquierda



# **ISLAND VIEW GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES**

Stephen D. Covington, MD; Charles L. Menz, MD; Kip D. Lyche, MD;  
Benito A. Pedraza, MD; Chetan V. Gondha, MD;  
Joel A. Alpern, MD; Laya Nasrollah, MD; Tatyana Mitina, PA-C  
168 N. Brent Street, Suite 404 Ventura, CA 93003  
Teléfono: (805) 641-6525 Fax: (805) 641-6530

## **Información sobre el seguro**

Agradecemos que nos haya elegido para responder a sus necesidades de salud. Dependiendo de la razón del procedimiento que se le realizará, es posible que deba pagar un co-pago, cuyo monto podrá variar según el plan de seguro. **Le recomendamos discutir y comprender la cobertura y los beneficios con su compañía de seguro antes del procedimiento médico. Puede llamar al número de atención al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de seguro para obtener esta información.**

Si tiene alguna pregunta o inquietud puede tratarlas con su médico y/o con un especialista en facturación en nuestra oficina.

## **Política de cancelación - 3 días (72 horas)**

A usted se le realizará un procedimiento médico en Ventura Endoscopy Center. Hemos tomado todas las medidas necesarias para que esté presente el personal necesario en el establecimiento, con el fin de proporcionarle un entorno seguro durante su procedimiento. Asimismo, hemos determinado un periodo de tiempo específico para dicho procedimiento médico. **Debido a todas estas medidas, que por lo general se realizan con una semana de anticipación, le pedimos que nos avise con 3 días de anticipación (72 horas) en caso de que no pueda asistir al procedimiento médico.** Ello nos permitirá avisarle a su médico y programar otro procedimiento para otro paciente en ese horario.

IVGA se ve obligado a cobrarle un cargo por cancelación de **\$50.00 si usted cancela o reprograma el procedimiento médico en un periodo menor a los 3 días (72 horas) de la fecha original del procedimiento.** Si usted no se presenta al procedimiento médico, se le cobrará un cargo de **\$100.00.** Entendemos que pueda existir una emergencia que usted no puede controlar, y en dicho caso, es posible que el cargo sea desestimado.

## **\*\*No llame a Ventura Endoscopy Center para cancelar o reprogramar el procedimiento médico\*\***

**Por favor, llame** a Island View Gastroenterology Associates al **(805) 641-6525** y solicite hablar con la asistente de su médico.

Agradecemos su cooperación.

## Ventura Endoscopy Center Reglamentos de CMS

5810 Ralston Street, Suite 101  
Ventura, California 93003

Teléfono: 805.650.5500      Fax: 805.650.5505

Este establecimiento es un establecimiento que participa en Medicare y conforme a los Reglamentos de CMS §416.50 de las condiciones de cobertura, es nuestra responsabilidad informarle acerca de los derechos del paciente, las instrucciones anticipadas y los intereses financieros del médico antes del procedimiento médico.

El que suscribe, \_\_\_\_\_, he sido informado con respeto a la información que se menciona más arriba con anterioridad a la realización del procedimiento médico y que describe lo siguiente:

1. Derechos y responsabilidades del paciente
2. Política del establecimiento con respecto a las Instrucciones Anticipadas
3. Declaración de titularidad del médico con respecto al centro
4. Divulgación de titularidad del médico - Patología

(Firma) \_\_\_\_\_

(Fecha) \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

El presente formulario debe ser colocado junto a la historia médica del paciente al momento de ser llenado.

# VENTURA ENDOSCOPY CENTER

## EXAMEN CLINICO Y ANTECEDENTES

La siguiente información es solo para uso confidencial de esta entidad. Es probable que usted ya haya proporcionado estos datos a su médico en

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Medico de cabecera: \_\_\_\_\_

¿Es esta su primera visita aquí? **S N** Explique las causas de su consulta de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que lo llevará a casa hoy: \_\_\_\_\_ N° de contacto: \_\_\_\_\_

Lo está esperando? **S N** *¿El médico puede hablar con la persona después del procedimiento sobre los resultados? S N*

¿Esta persona es su contacto de emergencia? **S N** Si la respuesta es no, indique los datos de su contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún alergia? **S N** \_\_\_\_\_

el consultorio, nosotros no tenemos acceso a los datos y es por eso que le pedimos que complete esta forma.

**Responda Sí o No a las siguientes preguntas.**  
Las respuestas afirmativas se discutirán con la enfermera antes de realizar el procedimiento.

- ¿Enfermedades cardíacas o problemas de corazón?..S N
- ¿Presión alta/baja? (Encierre en un círculo) .....S N
- ¿Asma/problemas de respiración?.....S N
- ¿Usa inhaladores?.....S N
- ¿Los usó hoy?.....S N
- ¿Sufre de apnea del sueño?.....S N
- ¿Tiene alguna enfermedad en los riñones?.....S N
- ¿Tiene problemas/enfermedad con el hígado?.....S N
- ¿Es diabético?.....S N
- ¿Tomó insulina hoy?.....S N
- ¿Antecedentes familiares de cáncer de colon?.....S N
- ¿Antecedentes personales de cáncer de colon?.....S N
- ¿Sufre de hemorragias?.....S N
- ¿Le duele algo actualmente?.....S N
- Nivel del dolor (0-10) \_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_
- ¿Sufre de glaucoma/enfermedad ocular? .....S N
- ¿Ha tenido derrames cerebrales o algún otro problema neurológico?.....S N
- ¿Sufre de ataques o epilepsia?.....S N
- ¿Sufre de migrañas o dolores de cabeza severos?.....S N
- ¿Tiene problemas de espalda/cuello/columna?.....S N
- ¿Pérdida de peso/tos persistente/sudor nocturno repentino sin explicación?.....S N
- ¿Tiene alguna enfermedad inmunológica?.....S N
- ¿Tiene problemas de piel/úlceras/erupciones?.....S N
- ¿Hay probabilidades de que esté embarazada?.....S N
- ¿Está amamantando actualmente?.....S N
- ¿Es víctima de abusos y necesita información sobre los servicios disponibles?..... S N
- ¿Hay problemas familiares o personales con la anestesia?.....S N
- ¿Tiene alguna directriz anticipada para comunicar?....S N

Altura: \_\_\_\_ pies \_\_\_\_ pulgadas      Peso: \_\_\_\_\_ libras

¿Le han practicado alguna cirugía? ..... S N  
 (si la respuesta es afirmativa, indique las cirugías)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(LMP-si corresponde) \_\_\_\_\_

Usted tiene:

- Marcapasos/Implantes..... S N
- ¿Tiene tarjetas para este dispositivo?..... S N
- ¿Prótesis dentales?..... S N
- ¿Audífonos?..... S N
- ¿Anteojos?.....S N
- ¿Fuma?.....S N
- ¿Consume bebidas alcohólicas?..... S N
- ¿Consume drogas recreativas?..... S N

**¿Existe alguna creencia religiosa o cultural que debamos considerar hoy?.....S N**

VENTURA ENDOSCOY CENTER  
ISLAND VIEW GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES  
Teléfono: 805.641.6525

DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD DE MÉDICO

**SI USTED ES UN PACIENTE DE HMO NO NECESITA COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

A menos que de otra manera sea requerido por su aseguradora, Ventura Endoscopy Center (VEC) normalmente envía muestras de patología a Miraca Life Sciences, Inc. Miraca procesará estas muestras y producirá diapositivas (componente técnico) que a su vez se enviarán a Island View Gastroenterology Associates (IVGA), que es propiedad de Stephen Covington, MD; Charles Menz, MD; Kip Lyche, Benito Pedraza, MD, Chetan Gondha, MD; Joel Alpern, MD; y Laya Nasrollah, MD

Estas diapositivas serán leídas por un patólogo certificado por la Junta (componente profesional), el Dr. Bui, que tiene contrato con IVGA. Como resultado de este acuerdo, usted recibirá dos facturas por los servicios de patología realizados, uno por el componente técnico de Miraca y otro por el componente profesional de IVGA. El trabajo del Dr. Bui se facturará bajo IVGA y el resultado debería ser que esto será en la misma red que sus médicos de IVGA.

Usted tiene el derecho de elegir el proveedor de sus servicios de atención de salud. Por lo tanto, usted tiene la opción de utilizar un proveedor de patología que no sea IVGA. Si usted desea un arreglo diferente, por favor indíquelo aquí:

Usted no va a ser tratado de manera diferente por su médico si usted decide obtener servicios de patología de un proveedor que no sea IVGA y si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en preguntar al personal de facturación de IVGA o la oficina de VEC.

Si hay algún problema con las facturas después de que los servicios de patología se hayan llevado a cabo, por favor póngase en contacto con la oficina de facturación de IVGA al 805.641.6525, extensión 1103.

Al firmar esta Divulgación de Propiedad de Médico, usted reconoce que ha leído y entendido la nota anterior y por la presente entiende que su médico tiene un interés de propiedad en las operaciones del laboratorio de patología de IVGA.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor  
(Si es aplicable)

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o imprima el  
nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o imprima el  
del Padre o Tutor  
(Si es aplicable)

Fecha: \_\_\_\_\_