

# The Surgery Center at Lutheran

## Conditions of Service / Consent for Treatment

1. El Centro de Cirugía mantiene personal e instalaciones para ayudar a su médico (s) en su desempeño de varias operaciones quirúrgicas y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales y / o tratamiento. Estos procedimientos pueden involucrar todos los riesgos de resultados fallidos, complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por tanto conocidos como causas imprevistas, y ninguna garantía en cuanto al resultado o la cura.

Usted tiene el derecho de ser informado de dichos riesgos, así como la naturaleza de la operación, el procedimiento y / o tratamiento, los beneficios o los efectos de la misma, y los métodos alternativos disponibles y sus riesgos y beneficios. Excepto en casos de emergencia, operaciones, procedimientos y / o tratamientos no se realizan hasta que haya tenido la oportunidad de recibir esta información y ha dado su consentimiento. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar cualquier propuesta de operación, el procedimiento y / o tratamiento en cualquier momento anterior a su rendimiento.

2. La operación, procedimiento y / o tratamiento se llevará a cabo por mi médico (o en el caso de una emergencia que causa su incapacidad para completar el procedimiento, un médico sustituto calificado o cirujano), junto con asociados y asistentes, incluyendo anesthesiólogos, patólogos y radiólogos del personal médico para que el médico o cirujano pueden asignar responsabilidades designado. La persona en la asistencia con el propósito de llevar a cabo los servicios médicos especializados, tales como anestesia, radiología o patología no son agentes, funcionarios o empleados del Centro o su médico o cirujano, pero son contratistas independientes y, por lo tanto, sus agentes, empleados, o empleados.
3. El patólogo queda autorizado para usar su discreción en la eliminación de cualquier miembro, órgano o de otro tejido removido de su persona durante las operaciones o procedimientos establecidos anteriormente.
4. **Directivas Anticipadas:** Entiendo que a pesar de que los médicos y el personal del Centro de Cirugía respetan mis derechos a participar en las decisiones sobre mi cuidado de salud, la política del Centro de Cirugía es que todos los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos se considerarán elegibles para tratamientos DE emergencia para mantener la vida.
5. **En el evento de una emergencia o situación urgente:** Doy mi consentimiento para ser transferido y/o ser admitido a una institución cercana para la continuación de tratamiento. En caso de una transferencia de emergencia a otra institución u hospital, doy mi consentimiento para el uso de sangre o subproducto de sangre en la facultad que me reciba. (Ponga sus **iniciales** en la línea apropiada)

★ \_\_\_\_\_ **Si**, estoy de acuerdo en recibir una transfusión de sangre en caso de emergencia.  
★ \_\_\_\_\_ **No**, no quiero recibir una transfusión de sangre aunque sea emergencia.

### En caso de una emergencia:

Notifique mi pariente más cercano: Nombre: ★ \_\_\_\_\_ Teléfono:

★ \_\_\_\_\_

6. **Exposición accidental:** En el evento de que haya una exposición accidental de mi sangre o fluidos a un doctor, contratista o empleado de la institución, doy mi consentimiento a una prueba del VIH y Hepatitis.
7. **Obligación del Plan de Salud:** Este Centro mantiene una lista de los planes de salud con el que contrata. Una lista de este tipo de planes está disponible a su petición en la Oficina Administrativa de este Centro. El Centro no tiene contrato, expresa o implícita, con ningún plan de salud que no aparece en la lista. El suscrito acepta que él / ella tiene la obligación individual de pagar los cargos completos de todos los servicios prestados a él / ella si él / ella pertenece a un plan que no tiene contrato con el Centro. Si mi seguro es Medicare, certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley de la Administración de Seguro Social es correcta.
8. **Inversores:** Su médico puede ser un inversor en el Centro Luterano de Cirugía. La recepcionista, a su petición, puede proporcionar más detalles con respecto a la titularidad del centro.
9. **Permiso para discutir información financiera:** Yo autorizo a (nombre de otro adulto que no sea yo) ★ \_\_\_\_\_, para discutir mi información sobre mi cuenta con el Centro Luterano de Cirugías. Yo entiendo que las conversaciones serán limitadas al balance de mi cuenta, reclamo/pago personal, beneficios y coberturas del seguro medico. Información sobre mi salud no será discutida sin autorización por escrito.

