

Surgical Center

AT CEDAR RAPIDS

ADULTO - Paciente Médico Cuestionario de la historia

NOMBRE	EDAD	ALTURA	PESO	CIRUJANO	FECHA de la CIRUGIA
--------	------	--------	------	----------	---------------------

Lista Todas las alergias

Actuales medicaciones

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Más allá de operaciones usted ha tenido y sus fechas

Más allá de hospitalizaciones y de diagnosis

- SÍ NO ¿Usted o cualquier persona en su familia ha tenido siempre un problema serio con anestesia?
Si SÍ, describa por favor el _____
- SÍ NO ¿Frío o gripe reciente?
- SÍ NO ¿Usted fuma? ¿Cuanto tiempo? ¿Cuántos embalan un día?
- SÍ NO ¿Usted toma las drogas recreacionales? e.g. Cocaína, marijuana. Por favor lista.
- SÍ NO ¿Usted bebe el alcohol? ¿Cuantas veces? ¿Cuánto?
- SÍ NO ¿Dientes flojos, casquillos, puente parcial?
- SÍ NO Enfermedad de la pulmón, asma, bronquitis, enfisema, sueño Apnea
- SÍ NO ¿Vez pasada usted era Wheezing? _____
- SÍ NO ¿Shortness de la respiración sobre subir encima de un vuelo de escaleras o de menos?
- SÍ NO ¿Ataque del corazón?
- SÍ NO ¿Paro cardíaco congestivo?
- SÍ NO ¿Angina o dolor en el pecho y cómo a menudo?
- SÍ NO Más allá de prueba de tensión o de la cateterización cardiaca y resultados, fecha
- SÍ NO ¿Golpes irregulares del corazón?
- SÍ NO ¿Tensión arterial alta?
- SÍ NO ¿Movimiento?

- SÍ NO ¿Anemia, células de la hoz u otras enfermedades de sangre?
- SÍ NO ¿Diabetes?
- SÍ NO ¿Problemas de la tiroides?
- SÍ NO ¿Problemas del riñón?
- SÍ NO ¿Problemas del hígado?
- SÍ NO ¿Epilepsia o asimientos?
- SÍ NO ¿Dolor de los dolores de cabeza, de la parte posteriora o de cuello?
- SÍ NO ¿Debilidad o entumecimiento en un miembro?
- SÍ NO ¿Sangría excesiva o contusión? E.G. Nosebleed
- SÍ NO ¿Hernia Hiatal?
- SÍ NO ¿Artritis o enfermedad de Rheumatological?
- SÍ NO ¿Otras enfermedades significativas?
- SÍ NO HEMBRA PACIENTES: ¿Podría usted ser embarazado?

Quién es su _____ médico del doctor (no cirujano)
 ¿Le tiene su el doctor Cleared médico para la cirugía? SÍ NO

Entiendo que no debo comer o beber según lo mandado antes del día de la cirugía a menos que sea mandado de otra manera por el centro quirúrgico en el personal de los Knolls del cedro. También entiendo que debo hacer que un adulto responsable me acompañe hogar después de descarga del centro quirúrgico en los Knolls del cedro.

 Firma del guarda paciente o legal

NUESTRA PREOCUPACIÓN POR SU SEGURIDAD

El centro quirúrgico de montículos de cedro, LLC continúen luchando hacer de la asistencia de seguridad una prioridad. Usted, como el paciente, también puede desempeñar un papel en hacer su cuidado seguro por convertirse en una activa, implicados y informado miembro de su equipo médico.

Mientras esté un paciente en nuestras instalaciones, queremos que se sienten cómodo hacer lo siguiente:

- Esperan que nuestro personal de enfermería para introducir a sí mismos cuando ellos Introduzca su habitación y buscar sus nametags.
- Pregunte sobre el propósito de medicamentos que le da, incluyendo los posibles efectos secundarios. Asegúrese de que se puede leer la escritura a mano en cualquier recetas escritas por el médico. No tenga miedo de decirle a la enfermera o médico si piensa que le están a recibir el medicamento equivocado.
- No dude en decir a un miembro de nuestro personal si usted piensa él o ella ha confundirse le con otro paciente.
- Esperan que nuestro personal clínico a han lavarse las manos.
- Asegúrese de que su enfermera o médico confirma su identidad, es decir, comprueba tu Muñequera y pide su fecha de nombre y el nacimiento, antes de él o ella administra cualquier medicamento o tratamiento.
- Edúquese acerca de su diagnóstico y planificada quirúrgica procedimiento.
- Lea detenidamente todas las formas y el consentimiento para la cirugía y Asegúrese de que les entiende antes de firmar. Si no entiende, Pregunte a nuestro personal o el médico explicarlos.
- Esperan que el médico, con su participación, para marcar el área que va a ser operado a.
- Antes de salir de nuestras instalaciones, asegúrese que usted entiende todas las instrucciones postoperatorias.
- Considerar la posibilidad de pedir a su compañero pedir a las preguntas que usted no puede pensar, para ayudar a recordar respuestas a preguntas que has pedido, y hablar a para usted si usted no puede.
- Asegúrese de que su compañero entiende el tipo de atención que lo hará necesidad cuando llegue el hogar. Su compañero debe saber qué buscar si su condición obtiene peor y a quien llamar si se necesita ayuda.
- Por favor hable si tiene preguntas o preocupaciones y si es aún no está claro, pedir una vez más. No dude en preguntar sobre su seguridad. Decir a su enfermera o médico si algo no parece muy bien.
- Participar en todas las decisiones sobre su tratamiento.

POR FAVOR PIDA HABLAR CON UN ADMINISTRADOR DE SI TIENES ALGUNA DUDA SOBRE SU SEGURIDAD

Paciente Firma: _____

Surgical Center at Cedar Knolls

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente de Surgical Center at Cedar Knolls, usted tiene derecho, conforme a la ley, de:

1. Estar informado de estos derechos, el reconocimiento se evidenciara mediante el recibo escrito por el paciente, o por la documentación que registra el personal en la historia clínica; que se le ofrezca una copia escrita de estos derechos y que se le entregue una explicación escrita u oral de dichos derechos, en términos que pueda entender. El establecimiento tendrá un medio para notificar a sus pacientes del reglamento que haya adoptado para regir la conducta del paciente dentro de éste.
2. Estar informado de los servicios disponibles en el establecimiento, de los nombres y el nivel profesional del personal que presta la atención al paciente o que es responsable de ella y de los honorarios y cargos relacionados, lo que incluye la política de pago, honorarios, depósito y reembolso del establecimiento y cualquier cargo por servicios no cubiertos por parte de fuentes de pago provenientes de terceros o que no están cubiertos por la tarifa básica del establecimiento.
3. Estar informado si el establecimiento ha autorizado a otras instituciones docentes y de atención de salud para participar en el tratamiento del paciente. El paciente también tendrá derecho a conocer la identidad y la función de estas instituciones, y a negarse a permitir su participación en su tratamiento.
4. Recibir por parte del médico o profesional clínico del paciente una explicación completa de su diagnóstico o estado de salud/médico, tratamiento recomendado, opciones de tratamiento, incluida la opción de no recibirlo, los riesgos del tratamiento y los resultados esperados, en términos que pueda entender. Si esta información fuese perjudicial para la salud del paciente o si el paciente no fuese capaz de entenderla, la explicación se entregará al familiar más cercano o tutor, junto con la razón para no informar al paciente directamente.
5. Participar en la planificación de la atención y el tratamiento del paciente y a negarse a recibir medicamentos y tratamiento. Tal negativa se debe documentar en la historia clínica del paciente.
6. Que se le incluya en una investigación experimental sólo cuando otorgue consentimiento informado y por escrito para dicha participación o cuando un tutor otorgue dicho consentimiento en nombre de un paciente incompetente en conformidad con la ley y los reglamentos. El paciente se puede negar a participar en una investigación experimental, lo que incluye la investigación de nuevos medicamentos y dispositivos médicos.
7. Expresar quejas o recomendar cambios en las políticas y servicios al personal del establecimiento, la autoridad que lo dirige y/o los representantes externos a elección del paciente, ya sea en forma individual o grupal, y a estar libre de restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalias. Si no está satisfecho con la respuesta del centro, puede dirigir su queja al Departamento de Salud del estado de New Jersey al (800) 792-9770 o por escrito al director de Certificación y Normativas para Licencias.
8. Estar libre de maltrato físico y mental, de explotación y del uso de restricciones, a menos que lo autorice un médico, durante un tiempo limitado, a fin de protegerlo a usted o a los demás de lesiones. No se deben usar fármacos ni otros medicamentos para la disciplinar a los pacientes ni para la comodidad del personal del establecimiento.
9. Que la información sobre el paciente se trate de manera confidencial. No se entregará información de la historia clínica del paciente a nadie ajeno al establecimiento sin la aprobación del paciente, a menos que el otro establecimiento de atención de salud al cual sea trasladado un paciente solicite la información, a menos que la información sea requerida y permitida por la ley, un contrato de pago de terceros o una revisión de normas profesionales exija y permita la entrega de información o, en última instancia, que el Departamento de Salud del estado de New Jersey necesite la información para fines autorizados legalmente. El establecimiento puede entregar información sobre un paciente para estudios que contengan estadísticas globales si la identidad del paciente permanece oculta.
10. Ser tratado con cortesía, consideración, respecto y reconocimiento de la dignidad, la individualidad y el derecho a privacidad del paciente, incluida, entre otras, la privacidad visual y auditiva. También se debe respetar la privacidad cuando el personal del establecimiento esté conversando sobre el caso del paciente.
11. Que no se le exija realizar trabajos para el establecimiento, a menos que éstos sean parte del tratamiento del paciente y que el paciente lo lleve a cabo voluntariamente. Dicho trabajo tendrá que estar en conformidad con las leyes y normas locales, estatales y federales.
12. Ejercer las libertades civiles y religiosas, lo que incluye el derecho a tomar decisiones personales independientes. No se le impondrán a ningún paciente creencias o prácticas religiosas ni la asistencia a servicios religiosos.
13. Que no se le discrimine debido a su edad, raza, religión, sexo, país de procedencia o capacidad de pago ni que se le niegue ningún derecho constitucional, civil y/o legal por el sólo hecho de recibir servicios en el establecimiento.

COMO PACIENTE, USTED ES RESPONSABLE DE:

Surgical Center at Cedar Knolls necesita la cooperación de sus pacientes para garantizar que esté disponible una atención eficiente, segura y considerada para todos y les solicita a los pacientes que:

1. Proporcionen a los médicos y al personal del centro información exacta en relación con su enfermedad y cuidados.
2. Sigam los planes de tratamiento. Los pacientes son responsables de las consecuencias médicas que surjan del hecho de negarse a recibir tratamiento o de no seguir las instrucciones de los médicos y del personal del hospital.
3. Sean considerados con el personal del centro que está comprometido con la excelencia en la atención de los pacientes.
4. Proporcionen la información del seguro y que paguen las cuentas oportunamente, de modo que *Surgical Center at Cedar Knolls* pueda continuar atendándolo en forma eficaz.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Surgical Center

AT RIDGEDALE AVENUE
CEDAR KNOLLS

197 Ridgedale Avenue, Cedar Knolls, NJ 07927

Reconocimiento de recibo del Aviso de privacidad

Se me ha entregado una copia del **Aviso de políticas de privacidad** para los grupos indicados anteriormente, en la cual se detalla la manera en que se puede usar y divulgar mi información de salud protegida según lo autorizado por las leyes federales y estatales. Comprendo su contenido y solicito las siguientes restricciones con respecto al uso de mi información médica personal:

Además, permito que se use una copia de esta autorización en reemplazo del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico a mi persona o a la parte que acepte la cesión de beneficios. También se aplican los reglamentos relacionados con la cesión de beneficios médicos.

Firmado: _____ **Fecha:** _____

Si no firma el paciente, indique la relación con él, por ejemplo cónyuge, tutor.

Relación: _____ **Testigos:** _____

Sólo para uso interno:

Si el paciente o su representante se niega a firmar el acuse de recibo del aviso, indique la fecha y hora en que se le entregó al paciente y firme más adelante.

Entregado el (fecha y hora): _____

Por: (nombre y cargo): _____

Indique la razón por la cual se negó a firmar: _____

SURGICAL CENTER AT CEDAR KNOLLS, LLC
197 RIDGEDALE AVE, CEDAR KNOLLS, NJ 07927
(973) 292-0700 FAX: (973) 292-0773

DIRECTORIO AVANZADO - VOLUNTAD QUE VIVE

El 11 de enero de 1992, una ley de New Jersey tomó el efecto que asigna que por mandato todas las instalaciones del seguro médico preguntan a pacientes si tienen un directivo anticipado o la vida. En el centro quirúrgico en los Knolls del cedro suspenderemos esto como parte del proceso. Si usted tiene una voluntad directiva o de la vida anticipada, por favor traiga una copia de ella al centro quirúrgico en los Knolls del cedro el día de su procedimiento.

Una voluntad directiva o de la vida avanzada es utilizada por un individuo para indicar su opción voluntaria, informada o de aceptar, o de rechazar, de elegir entre cursos alternativos del tratamiento médico.

Una voluntad directiva o de la vida avanzada es un documento que permite que usted dé instrucciones escritas a esas que cuidan para usted, indicando el tipo de cuidado médico que usted desearía recibir o rechazar en el acontecimiento usted hace incapaz expresar estas decisiones usted mismo.

Hay tres diversos tipos de directorios avanzados:

1. Un directorio del poder: Éste es un documento en el cual un adulto competente nombra a un pariente o a amigo confiado en tomar decisiones del cuidado médico en su favor cuando no pueden tomar estas decisiones.
2. Un directorio de la instrucción: En este documento, la escritura de la persona proporciona instrucciones escritas referentes al tipo de tratamiento médico que desean o que no desean realizado para ellas y bajo qué circunstancias.
3. Un directorio combinado: En este documento, un adulto competente indica sus deseos generales con respecto a la clase de cuidado médico que desean recibir, sino designar a un pariente o a un amigo confiado en para llevarlos hacia fuera.

Un folleto que contiene la información de la voluntad que vive está disponible de la división del envejecimiento, si usted desea recibir el folleto, hace por favor su petición:

The Division of Aging
101 South Broad Street
CN 807
Trenton, NJ 08625

¿Usted tiene un directivo anticipado o la vida? _____ YES _____ NO
Si sí, vea la renuncia del directorio anticipado del cuidado médico.

Firma del paciente que indica el conocimiento del antedicho: _____ de la fecha del

Time _____ del testigo

Surgical Center

AT CEDAR KNOLLS

ASIGNACIÓN DE VENTAJAS

RE: _____
NOMBRE PACIENTE DE S

Si NF o WC, FECHA DEL ACCIDENTE: _____

Asigno por este medio todas mis ventajas y derechos del _____ de la compañía de seguros al abastecedor médico señalado abajo. Asigno todas las derechos de perseguir el pago para los servicios rendidos a mí por este abastecedor médico y el abastecedor médico puede proceder contra la compañía de seguros dicha obligada hacer el pago a mí o a este abastecedor médico para los servicios rendidos a mí. En caso que la compañía de seguros rechace hacer tal pago sobre demanda, expreso doy el permiso para una causa de la acción de ser traído en mi nombre como cesionario.

Una fotocopia de esta asignación puede ser válida como si fuera una original.

Nunca acuerdo rescindir este documento y que una recesión no será honrada por mi abogado. Mando por este medio a eso si substituyen a otro abogado en esta materia, el nuevo honor del abogado dentro la asignación.

ANTICUADO: _____

FIRMA PACIENTE DE S

Surgical Center at Cedar Knolls, LLC
197 Ridgedale Ave
Cedar Knolls, NJ 07927

ABASTECEDOR MÉDICO