

NOTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES**DIVULGACIÓN DEL INTERÉS DE PROPIEDAD**

Este centro es propiedad de médicos. Los médicos son propietarios como consecuencia de su compromiso de brindar un servicio y una atención médica de calidad a los pacientes. Tenga en cuenta lo siguiente:

Es posible que el centro tenga una relación comercial con su médico según se indica anteriormente. Puede solicitar un listado de las tarifas habituales de los servicios prestados por el centro. Usted tiene derecho a elegir el lugar donde se le prestarán los servicios, incluida una entidad con la que su médico pueda tener una relación comercial.

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

- De conformidad con las leyes del estado de Nueva York, Long Island Eye Surgery Center le entrega a cada paciente información sobre la Declaración de voluntades anticipadas-Poder de representación en cuestiones de actuación médica.
- Una Declaración de voluntades anticipadas indica el tipo de tratamiento médico elegido por un paciente en el caso de que no pueda tomar decisiones de índole médica. La directiva le otorga al agente de atención médica designado del paciente la autoridad para cumplir con sus deseos.
- Si bien en este centro no se aceptan Declaraciones de voluntades anticipadas, tenga en cuenta que Long Island Eye Surgery Center colocará una copia de su Declaración de voluntades anticipadas en su expediente médico en caso de que usted necesite ser trasladado a un nivel de atención superior, como por ejemplo, un hospital.
- En Long Island Eye Surgery Center, el consentimiento informado firmado por usted indica que si se produce alguna complicación imprevisible durante su internación, se iniciarán todas las medidas de reanimación.
- Si no está de acuerdo, debe tratar este tema con su médico o anestesista antes de firmar este formulario.

Al firmar a continuación, acuso recibo de lo siguiente 24 horas antes de mi internación en el centro:

- Acuso recibo de este Aviso de divulgación del interés de propiedad.
- Reconozco que el centro no acepta Declaraciones de voluntades anticipadas.
- Ratifico que se me ha entregado una copia de la **“Declaración de derechos y responsabilidades del paciente”**.
- Se me ha informado que la administración de anestesia, así como la realización de un procedimiento, exige que le dé al centro el nombre de un acompañante responsable (adulto mayor de 18 años de edad) para que me acompañe a mi casa después del procedimiento.
- Entiendo que si no tengo un acompañante, es posible que se cancele el procedimiento.

Firma del paciente _____

Fecha _____

.....
Para uso exclusivo del personal:

La siguiente información se le entregó al paciente al menos 24 horas antes de su internación en el centro quirúrgico:

- Divulgación del interés de propiedad ____ sí ____ no
- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente ____ sí ____ no
- Declaración de voluntades anticipadas/Poder de representación en cuestiones de actuación médica ____ sí ____ no

¿Tiene el paciente un Poder de representación en cuestiones de actuación médica? ____ sí ____ no

¿Trajo el paciente un Poder de representación en cuestiones de actuación médica al centro para el procedimiento? ____ sí ____ no

Firma del personal _____

Fecha _____