



## PEDIATRIC SURGERY CENTERS

Queridos Padres/ Guardian,

Adjunto encontraras la información y los formularios que necesitas completar y traer a Pediatric Surgery Centers en el día de la cirugía de su niño. Por favor leer estos documentos con cuidado y llénelos con la información más exacta que usted sepa.

Una enfermera o traductor te llamara el día previo al día de la cirugía del niño. Te dará instrucciones pre-operativa y te dirá la hora de la cirugía de su niño.

### IMPORTANTE:

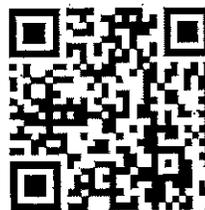
- ❖ Si no distes un numero de teléfono donde estarás disponible el día previo a la cirugía por favor llame a Pediatric Surgery Centers para actualizar la información del teléfono.
- ❖ Si ustedes no son los padres biológicos, por favor traigan los documentos necesarios para poder proveer cuidado medico a si niño. Si no tenemos los documentos correctos puede resultar en cancelación de la cirugía.
- ❖ Se requiere identificación con foto de la persona legalmente capaz de firmar el consentimiento en el día de la cirugía. Cualquier paciente mayor de 18 años requerirá su identificación con foto propia en el momento de la cirugía.

De parte de Pediatric Surgery Centers, me gustaría darle las gracias por escogernos como su proveedor de cuidado medico.

Si tiene preguntas o alguna preocupación en cuanto a la cirugía de su niño, por favor no vacile en llamarnos. Nos dará gusto responder cualquier pregunta que pueda tener.

Sinceramente,

Teri Ulm, RN  
Administrador  
Pediatric Surgery Centers-Brandon  
Odessa



[www.surgerycenterforkids.com](http://www.surgerycenterforkids.com)

**PEDIATRIC SURGERY CENTERS, LLC- REGISTRACION DEL PACIENTE**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_ Sexo \_\_\_ No de SS \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ APT/#. de unidad \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_ # de telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Raza del paciente: Hispano- blanco \_\_\_\_\_ Hispano- negro \_\_\_\_\_

Medico de la Familia/Pediatra \_\_\_\_\_ # de telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Informacion del Padre Legal/ Guardian**

**Madre/Guardian 1**

Nombre \_\_\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ APT/#. de unidad \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_ # de telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero de licencia de conducir # \_\_\_\_\_  
Nombre de empleador \_\_\_\_\_ # de telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Padre/Guardian 2**

Nombre \_\_\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ APT/#. de unidad \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_ # de telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero de licencia de conducir # \_\_\_\_\_  
Nombre de empleador \_\_\_\_\_ # de telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

El Niño vive con \_\_\_\_\_

**Informacion del Seguro Medico**

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_  
Asegurado Principal \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado principal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario (Si Aplica)**

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_  
Asegurado Principal \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado principal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE HONESTIDAD.** Yo declaro que cualquiera y toda la informacion provista es verdadera y correcta. Tambien, entiendo que este formulario puede ser compartido entre Pediatric Surgery Centers LLC y oficinas medicas.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## *Instrucciones Importantes*

### DIRECTRICES PREOPERATORIAS

Las siguientes son las directrices para la mañana de la cirugía de su niño:

No hay alimentos, leche o productos lácteos después de la medianoche la noche antes de la cirugía.

Líquidos claros hasta 3 horas antes de su cirugía estimado.

Líquidos claros consisten en sólo:

Agua

Gatorade: cualquier color

Pedialyte – cualquier sabor

Hielo pop

Paletas – NO paletas de fruta de verdad o fudgesicles

Helado italiano

ICEE o slurpees – NO batidos

NO HELADO.

Una enfermera de centros de cirugía pediátrica le notificará a un día o dos antes de la cirugía de su hijo con el tiempo específico de Check-In y el tiempo para detener los líquidos claros.

Nota: el tiempo de Check-In no es el tiempo de quirúrgico.



**PEDIATRIC  
SURGERY  
CENTERS**

**RESUMEN DE DERECHOS DEL PACIENTE Y LAS RESPONSABILIDADES  
VERSIÓN EN ESPAÑOL**

Leyes estatales y federales requiere que su proveedor de cuidados de salud o las instalaciones que proveen cuidados de salud reconozcan sus derechos mientras usted recibe cuidados de salud y que usted respete el derecho de su proveedor de cuidados de salud y de las instalaciones de cuidados de salud de esperar ciertas normas de conducta por parte de los pacientes. Usted puede pedirle una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de cuidados salud o a cualquier instalación que provee cuidados de salud. Un resumen de sus derechos y de sus responsabilidades aparece a continuación.

**DERECHOS del paciente:**

El paciente tiene el derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.

El paciente tiene el derecho a un pronto y razonable respuesta a preguntas y peticiones.

El paciente tiene derecho a conocer el nombre, función y cualificación de cada proveedor de atención médica que proporciona servicios médicos al paciente. Un paciente puede solicitar dicha información de su proveedor de responsable o el centro de atención médica en la que él o ella está recibiendo servicios médicos.

El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluyendo servicios de intérprete de lengua de si él o ella no habla a Inglés

El paciente tiene derecho a saber lo que las reglas y regulaciones aplican a su conducta.

El paciente tiene el derecho a obtener de su proveedor de atención médica completa y actual información sobre, su diagnóstico, el curso previsto de tratamiento, alternativas, riesgos, tratamiento, tratamiento y pronóstico en términos que el paciente puede razonablemente esperar para entender. Cuando no es médicamente aconsejable para dar información al paciente, la información debe hacerse disponible a una persona en su nombre.

El paciente tiene el derecho a ser informados de su derecho a cambiar sus proveedores de cuidados médicos si se dispone de otros proveedores calificados.

El paciente tiene derecho a acceder a cualquier modalidad de tratamiento que, en su propio juicio y el juicio de su médico, en el mejor interés del paciente, incluyendo tratamientos alternativos de salud, según las disposiciones del estatuto de Florida 456.41.

Los derechos del paciente son ejercidos por la persona designada por ley para actuar en nombre del paciente, si el paciente se adjudica incompetente bajo leyes aplicables de seguridad y salud por un tribunal de jurisdicción apropiada. Si un tribunal no adjudicó un paciente incompetente, todo legal representante o suplente designado por el paciente de acuerdo a la ley puede ejercer los derechos del paciente en la medida permitida por la ley.

El paciente tiene el derecho de rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informados de las consecuencias médicas de rechazo o incumplimiento de la terapia prescrita.

El paciente tiene el derecho, bajo petición, información y orientación necesaria sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado.

Un paciente que sea elegible para Medicare tiene derecho a conocer, a petición y antes de tratamiento, si el médico o centro de salud acepta la tasa de asignación de Medicare.

El paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, una estimación razonable de gastos de atención médica.

Un paciente tiene el derecho a recibir una copia de una manera razonablemente precisa y comprensible, un proyecto de ley y, a petición, que los cargos explicados independientemente de la fuente de pago.

El paciente tiene derecho a esperar tratamiento confidencial para divulgación de registros.

El paciente tiene el derecho a la oportunidad de aprobar o rechazar la publicación de dicha información, excepto cuando la liberación es requerida por la ley.

**RESUMEN DE DERECHOS DEL PACIENTE Y LAS RESPONSABILIDADES  
VERSIÓN EN ESPAÑOL**

Un paciente tiene el derecho a recibir imparcial acceso a tratamiento médico o alojamiento sin importar raza, color, edad, sexo, orientación sexual, religión, estado civil, discapacidad, origen nacional, patrocinador o fuente de pago.

El paciente tiene derecho a recibir imparcial acceso a tratamiento médico o el alojamiento libre de toda forma de abuso, acoso o cualquier acto de discriminación o represalia.

El paciente tiene el derecho al tratamiento de cualquier condición médica de emergencia que se deteriorará de tratamiento.

El paciente tiene el derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negativa a participar en la investigación experimental.

Un paciente tiene el derecho a expresar quejas/agravios a un médico, un centro de salud, un organismo de acreditación o la Agencia de licencias del estado apropiado sobre presuntas violaciones de patients' derechos. El paciente tiene derecho a saber la salud provider\ o salud facility\ procedimientos para expresar una queja o reclamación.

Un paciente tiene el derecho a expresar quejas/agravios relacionados con la calidad de atención recibida y que la presentación de quejas/agravios, en sí mismo, no servirá para comprometer el futuro acceso del paciente a la atención.

El paciente tiene derecho a esperar que se dará la oportunidad de participar en las decisiones que involucran su salud, a menos que contraindicated por preocupaciones por la salud del paciente.

El paciente tiene el derecho a ser informados sobre los servicios disponibles de la organización y las disposiciones para después de horas y atención de emergencias.

Un paciente tiene el derecho a participar en las decisiones sobre el manejo del dolor y síntomas y reconocimiento de las necesidades psicosociales y espirituales y la de su familia con respecto a cualquier enfermedad terminal.

Un paciente que recibe atención en un centro de salud o en la oficina de un proveedor tiene el derecho de traer a cualquier persona. De su elección a las áreas accesibles para paciente esta recibiendo tratamiento de paciente interno o ambulatorio o esta consultando con su proveedor de atención médica, a menos que ello pudiera arriesgar la seguridad o la salud del paciente, otros pacientes o personal de la institución o oficina o no pueda ser razonablemente Acomodados por la instalación o el proveedor.

**RESPONSABILIDADES DEL PACIENTES:**

Un paciente es responsable de proveer a la asistencia médica, a lo mejor de su conocimiento, preciso y la información completa sobre las quejas presentes, más allá de las enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.

El paciente es responsable de reportar cambios inesperados en su condición a la asistencia médica.

Un paciente es responsable de informar a su proveedor sobre cualquier voluntad de vida, poder médico u otros por adelantado que puedan afectar a su cuidado.

El paciente es responsable de proveer de un adulto responsable para el transporte le de la facilidad y permanecer con él o ella para veinticuatro 24 horas, si es necesario por su proveedor, según sea el caso.

Un paciente es responsable de informar la médico si él o ella comprende un curso previsto de la acción y lo que se espera de él o ella.

Un paciente es responsable de informar la médico si él o ella comprende un curso previsto de la acción y lo que se espera de él o ella.

**RESUMEN DE DERECHOS DEL PACIENTE Y LAS RESPONSABILIDADES  
VERSIÓN EN ESPAÑOL**

El paciente es responsable de mantener citas y, cuando él o ella es incapaz de hacerlo por cualquier motivo, para notificar al médico o centro de salud.

Un paciente es responsable de sus acciones si se niega el tratamiento o no sigue las instrucciones de la proveedor\ salud.

Un paciente es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de su o sus cuidados de salud se cumplan como rápidamente como sea posible.

El paciente es responsable para aceptar la responsabilidad financiera personal para cargos no cubiertos por su seguro.

El paciente es responsable para tras centro de salud las normas y reglamentos que afectan a la conducta y cuidado de los pacientes.

Un paciente es responsable de ser respetuoso de los derechos de otros pacientes y al personal de salud y ser respetuosos de la propiedad de otras personas y de la instalación.

**Filing Complaints - Medicare Ombudsman**

**<http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/medicare-rights-overview.html>**

**or Call 1-800 MEDICARE**

**By mail: 7500 Security Boulevard  
Baltimore, Maryland 21244-1850**

Si usted tiene una queja contra un centro de atención médica llame a la unidad de asistencia al consumidor al: 1-888-419-3456 (Presione # 1) o escriba a la siguiente direcc

AGENCY FOR HEALTH CARE ADMINISTRATION  
2727 MAHAN DRIVE  
TALLAHASSEE, FL 32308

**OR**

AGENCY FOR HEALTH CARE ADMINISTRATION  
CONSUMER ASSISTANCE UNIT  
DOH/MQA-CSU  
4052 BALD CYPRESS WAY, BIN C-75  
TALLAHASSEE, FL 32399-3275

Si usted tiene alguna querrela en contra un profesional de cuidado de salud y quiere recibir un formulario de querellas, llame a la Unidad de Servicios al Consumidor al 1-850-245-4339 o escriba a la siguiente dirección:

DIVISION OF MEDICAL QUALITY ASSURANCE  
CONSUMER SERVICES UNIT  
4052 BALD CYPRESS WAY, BIN C-75  
TALLAHASSEE, FL 32399-3275  
[www.FLHealthsource.com](http://www.FLHealthsource.com)

Si usted tiene una queja contra el hospital o centro quirúrgico ambulatorio, puede comunicarse con Asociación de acreditación de atención médica ambulatoria (AAAHC) en: 1-847-853-6060 o escriba a la dirección indicada a continuación:

AAAHC INSTITUTE FOR QUALITY IMPROVEMENT  
5250 OLD ORCHARD ROAD, SUITE 250  
SKOKIE, ILLINOIS 60077

Si usted tiene una queja contra la operación de un laboratorio puede comunicarse con los centros para Medicare y Medicaid Services (CMS) Oficina Central, División de laboratorio de servicios (CLIA), en Baltimore, Maryland al (410) 786-3531 localmente o al (877) 267-2323 (llamada gratuita), extensión 63531.

f usted tiene una queja derechos civiles contra un médico, usted puede presentar una queja por escrito a el nosotros Departamento de salud y servicios humanos en:

CENTRALIZED CASE MANAGEMENT OPERATIONS  
US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
200 INDEPENDENCE AVENUE SW  
ROOM 509F HHH BUILDING  
WASHINGTON, DC 20201  
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.htm>

6/29/2017 CT

Pediatric Surgery Centers participa con la mayoría de los planes de seguro medico. Si un paciente no es miembro de algun plan con los que estamos contratado, podemos hablar con ellos y hasta considerar unimos a su plan.

*El costo de la visita depende del servicio realizado por el médico y la cobertura de seguro que usted ha elegido para su familia. Como un servicio a nuestros pacientes, vamos a presentar en su seguro de salud, requerimos que el pago de cualquier deducible, co-seguro o co-pago se hará en el momento de prestar el servicio. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con respecto a sus beneficios de salud específicos.*

Por legalidades con los planes contractados con los cuales nuestra oficina participa, nosotros no podemos aceptar solo la cantidad que el seguro medico paga. Cuando se participa con un plan contratado, la ley requiere que nosotros facturemos a los pacientes por cualquier balance que quede. Esto incluye deductibles, porcentajes, o copagos. Si un paciente no tiene seguro medico, o no nos provee verificación (por ejemplo, tarjeta de seguro) de seguro medico, son considerados como pacientes de auto-paga. Se espera que el paciente que no tengaseguro medico pague por todos los cargos o que haga un plan de pago antes de que se vaya.

Nosotros sentimos que nuestras tarifas son apropiadas y justas. Sin embargo, si tiene alguna pregunta en cuanto a ellas o una factura que hayas recibido, por favor llámenos.

**Aceptamos: Dinero en efectivo, Visa, Mastercard, Discover Card y Debit Card**

#### **Poliza de Coleccion**

Como con cualquier negocio, nos adherimos a una poliza de coleccion que asegura que tengamos medios financieros para mantener este centro medico para nuestros pacientes. Por lo tanto, si la cuenta de un paciente llega a estar atrasada, tomaremos accion para relo que se nos debe. Esto se hara despues de que 90 días hayan pasado desde que la cuenta llego a ser la responsabilidad del paciente.

No todos los seguros pagarán el 100% de nuestros gastos. El paciente (y / o cónyuge / garante) es responsable de pagar todas las cantidades pendientes de pago por el seguro. Si se hace necesario recabar toda la suma a través de un abogado, entonces el paciente (y / o cónyuge / garante) se compromete a pagar todos los gastos razonables de coleccion, incluyendo los honorarios del abogado, si demanda fue presentada o no. Todos los saldos en mora devengarán intereses a una tasa del 18% anual. El paciente autoriza la divulgación de cualquier información adquirida en el curso del tratamiento si es necesario para presentar reclamos de seguro.

Yo he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la Poliza Financiera. Yo entiendo que cargos no cubiertos por mí compañía de seguro, al igual que co-pagas aplicables, porcentajes y deductibles, son mi responsabilidad.

Yo autorizo que mis beneficios de seguro medico sena pagados directamente a Pediatric Surgery Centers.

Yo autorizo a Pediatric Surgery Centers a reveler informacion medica pertinente a mi compañía de seguro cuando sea pedido, o facilitar pago a un reclamo.

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

**Firma de Asgurado o Persona Autorizada:** \_\_\_\_\_

**Firma en letra de molde:** \_\_\_\_\_

## CIRUGÍA PEDIÁTRICA CENTROS- AVISO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU HIJO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.**

La siguiente es la política de privacidad de PEDIÁTRICA LLC CENTROS DE CIRUGÍA (PSC) como se describe en la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 y las regulaciones promulgadas bajo, comúnmente conocida como HIPAA. HIPAA requiere PSC, por ley, a mantener las políticas de privacidad con respecto a la información médica de su hijo personal. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este Aviso de Privacidad.

### De su hijo información personal de salud

Recogemos la información médica de su hijo personal a través de operaciones de atención médica de tratamiento, pago y servicios relacionados, el proceso de solicitud e inscripción, y / ó proveedores de atención médica o planes de salud, oa través de otros medios, según corresponda. Información médica de su hijo personal que está protegida por la ley en general incluye cualquier información, oral, escrita o grabada, que es creada o recibida por las entidades de salud determinadas, incluyendo los proveedores de salud, como los médicos y los hospitales, así como, las compañías de seguros de salud o planes de. La ley protege específicamente la información de salud que contiene datos, como el nombre de su hijo, dirección, número de seguro social, y otros, que podrían ser utilizados para identificar a su hijo como el paciente que se asocia con la información de salud.

### Divulgación de información médica de su niño Personal

En general, no puede usar o divulgar su información de salud personal sin su permiso. Además, una vez que su permiso se ha obtenido, debemos usar o divulgar su información de salud personal de acuerdo con los términos específicos de ese permiso. Las siguientes son las circunstancias en las que se nos permite la ley para usar o divulgar su información de salud personal.

### Sin su consentimiento

Sin su consentimiento, podemos usar o divulgar su información personal de salud a fin de proporcionar a él / ella con los servicios y el tratamiento que él / ella necesita o consulta, o para cobrar el pago por esos servicios, y realizar otras operaciones relacionadas con el cuidado de la salud lo permita o exija la ley. Ejemplos de actividades de tratamiento incluyen: (a) la provisión, coordinación o gestión de la asistencia sanitaria y los servicios relacionados por los proveedores de salud, (b) la consulta entre profesionales de la salud relacionados con el paciente, o (c) la remisión de un paciente para la salud de una proveedor de atención médica a otro. Ejemplos de actividades de pago incluyen: (a) actividades de facturación y recolección y procesamiento de datos relacionados, (b) acciones de un plan de salud o asegurador para obtener las primas o para determinar o cumplir con sus responsabilidades en materia de cobertura y beneficios de acuerdo con su plan de salud o seguro acuerdo, las determinaciones de elegibilidad o cobertura, adjudicación o subrogación de las reclamaciones de beneficios de salud, (c) necesidad médica y la adopción de los exámenes de cuidado, actividades de revisión de utilización, y (d) la divulgación a agencias de informes del consumidor de la información relativa a la recogida de las primas o de reembolso. Ejemplos de operaciones de atención médica incluyen: (a) desarrollo de guías de práctica clínica, (b) los padres de pacientes contacto / tutores legales con información sobre tratamientos alternativos o comunicaciones en relación con el manejo de casos o coordinación de la atención, y (c) revisión médica, servicios legales, y funciones de auditoría.

### Según lo requerido por la Ley

Podemos usar o divulgar su información de salud personal en la medida en que tal uso o divulgación es requerida por la ley y el uso o divulgación no cumple y se limita a los requisitos pertinentes de dicha ley. Los ejemplos incluyen: (a) para notificar o ayudar a notificar a los padres, tutor legal o miembro de la familia u otra persona responsable del cuidado de su hijo sobre su / condición médica o en caso de una emergencia o muerte, (b) para la salud pública autoridades con fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, informar abuso o negligencia infantil, denunciar la violencia doméstica, dependiente de la Organización de los problemas de la Administración de Drogas con productos y reacciones a medicamentos, y notificación de enfermedades o exposición a la infección, (c) a los procedimientos judiciales y administrativos en el curso de cualquier procedimiento legal, (d) a un oficial de la ley para fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en cumplimiento de una orden judicial o citación, y otra ley efectos de cumplimiento, (e) a médicos forenses o examinadores médicos, (f) a los investigadores que realizan investigación que ha sido aprobada por una Junta de Revisión Institucional (a) para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, y (h) para ofrecerle recordatorios de citas para su hijo, o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

Actividades varias. Aviso: En caso de que PSC se vende o se fusiona con otra organización, la información médica de su hijo / registro pasarán a ser propiedad del nuevo dueño.

### Sus derechos con respecto a la información médica de su niño Personal

Bajo HIPAA, usted tiene ciertos derechos con respecto a la información médica de su hijo personal. Lo que sigue es un breve resumen de sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a la aplicación de esos derechos. Usted tiene el derecho de: (a) a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de la información médica de su hijo. (Tenga en cuenta, sin embargo, que PSC no está obligado a aceptar la restricción que usted solicita), (b) contar con información médica de su hijo recibida o comunicada a través de un método alternativo o enviados a una ubicación alternativa que no sea el método usual de comunicación o entrega, a petición suya, (c) tener el derecho de acceso a fin de inspeccionar y obtener una copia de su información de salud que figura en los registros designados de su hijo, a excepción de las notas de psicoterapia (1), (2) información recopilada en anticipación razonable de, o para uso en un procedimiento civil, penal o administrativa o procedimiento, y (3) la información médica mantenida por nosotros en la medida en que sería la provisión de acceso a que la ley lo prohíba. Vamos a exigir las solicitudes por escrito. Usted tiene el derecho a: (a) solicitar que PSC modifique su hijo la información protegida de la salud. Tenga en cuenta, sin embargo, que PSC no está obligado a acceder a modificar su hijo la información protegida de la salud. Si su solicitud para enmendar la información médica de su hijo ha sido negada, se le proporcionará con una explicación de la razón negación (a) e información acerca de cómo se puede estar en desacuerdo con la negación, (b) a recibir un informe de las divulgaciones de los de su hijo información de salud protegida hechas por PSC, y (c) una copia en papel de este Aviso de Privacidad en cualquier momento que lo solicite.

### Modificaciones a esta Política de Privacidad

Nos reservamos el derecho a modificar el presente Aviso de Privacidad en cualquier momento en el futuro, y hará que las nuevas disposiciones efectivas para toda la información que mantiene. Hasta que tal rectificación sea hecha, PSC está obligado por ley a cumplir con este aviso. PSC está obligado por ley a mantener la privacidad de la información médica de su hijo y al llegar una notificación de sus obligaciones legales y políticas de privacidad con respecto a la información médica de su hijo. Si usted tiene preguntas o quejas sobre cualquier parte de este aviso, o si desea más información sobre sus derechos de privacidad, por favor póngase en contacto con el Administrador del PSC por llamar a esta oficina al (813) 490-6100. Si él / ella no está disponible, usted puede hacer una cita para una conferencia personal en persona o por teléfono en un plazo de dos (2) días hábiles.

### Quejas

Las quejas sobre sus derechos de privacidad, o cómo PSC ha manejado la información médica de su hijo debe ser dirigida al Administrador, al (813) 343 a 5690. Si usted no está satisfecho con la manera en que esta oficina maneja su queja, puede presentar una queja formal a:

DHHS, Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F HHH Building, Washington, DC 20201  
He leído el Aviso de Privacidad y entiendo mis derechos contenidos en la convocatoria.

**Pediatric Surgery Centers**  
**Brandon**  
**Odessa**

**Declaración de Divulgación del Paciente**

Centros de Cirugía Pediátrica es una Corporación de Responsabilidad Limitada (LLC), que es propiedad de la práctica de los especialistas, uno de los cuales puede ser su médico. Estas fiestas se han convertido en propietarios como consecuencia de su compromiso con la salud máxima calidad y servicio al cliente. Centros de cirugía pediátrica puede tener una relación financiera con su médico, según se indica. Usted tiene el derecho de elegir una fuente alternativa de servicio. Por favor, póngase en contacto con su médico para obtener una lista de sitios que él / ella pueda tener privilegios a la práctica. Un arancel de honorarios por servicios típicos de instalación es a petición del cliente.

Imprima Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

**Acuse de recibo de los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes**

Yo reconozco que he recibido y entiendo los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes.

Imprima Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Imprimir Guardián: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

**Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad**

Reconozco que he recibido notificación de la Política de Privacidad y entiendo mis derechos.

Imprima Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Imprimir Guardián: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

**Acuse de recibo de la Directiva Anticipada**  
**(Pacientes de 18 años y mayores)**

Reconozco que es la póliza de los Centros de Cirugía Pediátrica de no aceptar las directivas anticipadas. La información sobre las directivas anticipadas será dada por encargo.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cuestionario del Estudio de Investigación Clínica**

1. Estas participando en un estudio de investigación?
2. En caso afirmativo, por favor complete la información a continuación:

Nombre del Estudio: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico realizando el estudio: \_\_\_\_\_

Información de Contacto del Médico:

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Guardian  
en letra de Molde: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardian: \_\_\_\_\_