

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA

Por el presente autorizo, doy mi consentimiento y solicito que **Anesthesia Associates Northwest (AANW)** realice la anestesia que considere necesaria para mi procedimiento. He tenido la oportunidad de que se respondan o aborden todas mis preguntas o preocupaciones relacionadas con mis cuidados de anestesia.

- Sedación profunda (TIVA con Propofol) Deep Sedation (TIVA with Propofol)**: Fármaco que se inyecta en el torrente sanguíneo y produce un estado de inconsciencia. El paciente puede responder expresamente después de una estimulación repetida o dolorosa. Generalmente se mantiene la respiración espontánea. Generalmente se mantiene la función cardiovascular. Puede ser necesaria la intervención de las vías respiratorias.
- MAC (sedación consciente) MAC (Conscious Sedation)**: Fármaco inyectado en el torrente sanguíneo para producir sedación sin pérdida de conocimiento. El paciente es capaz de responder expresamente a las órdenes verbales. Se mantiene la respiración espontánea. Generalmente se mantiene la función cardiovascular.

Se me informó y entiendo que ocasionalmente hay efectos secundarios por la anestesia, incluso, por ejemplo, algunas complicaciones poco comunes. Entiendo que en raras ocasiones las complicaciones pueden requerir hospitalización con el fin de brindar la atención continua adecuada.

### **Efectos secundarios:**

Dolor de garganta  
Dolor de cuello/mandíbula  
Náuseas o vómitos  
Dolor o lesión en el sitio de la IV  
Lesión dental  
Hinchazón  
Sangrado nasal

### **Complicaciones poco comunes:**

Reacción adversa a los fármacos  
Problemas respiratorios  
Aspiración  
Presión arterial o frecuencia cardíaca baja  
Ritmo cardíaco anormal  
Parálisis  
Ataque cardíaco/accidente cerebrovascular  
Muerte

Comprendo la importancia de proporcionarles a mis proveedores de atención médica mis antecedentes médicos completos, incluso la necesidad de informar todos los medicamentos que estoy tomando, tanto recetados como de venta libre. También entiendo que mi consumo de remedios herbales, alcohol o cualquier tipo de droga ilegal puede provocar graves complicaciones y también lo debo informar. Asimismo, entiendo que también debo informar todas las complicaciones que hayan surgido por anestesis previas.

Reconozco que he leído este formulario, o me lo han leído, que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del servicio de anestesia y que he tenido suficiente tiempo para hacer preguntas y considerar mis decisiones.

Al firmar este documento declaro que se me ha informado que determinados medicamentos anestésicos pueden ser perjudiciales para los niños en gestación cuando se administran durante el embarazo. He tenido la oportunidad de aclarar todas las preguntas relacionadas con la anestesia o la endoscopia durante el embarazo y todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente.

Asimismo declaro que  **No estoy embarazada**       **Estoy embarazada**       **N/C**  
I further represent that **I am not pregnant**      **I am pregnant**      **N/A**

y por el presente autorizo al centro de atención médica y a **AANW** a realizar la colonoscopia/endoscopia con anestesia, según lo que mi anestesista considere adecuado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal  
Patient or Legal Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

\_\_\_\_\_  
Hora  
Time

\_\_\_\_\_  
Firma del anestesista  
Anesthesia Provider's Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

\_\_\_\_\_  
Hora  
Time

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA

Por el presente autorizo, doy mi consentimiento y solicito que **Metropolitan Anesthesia, LLC (MPA)** realice la anestesia que considere necesaria para mi procedimiento. He tenido la oportunidad de que se respondan o aborden todas mis preguntas o preocupaciones relacionadas con mis cuidados de anestesia.

- Sedación profunda (TIVA con Propofol) Deep Sedation (TIVA with Propofol)**: Fármaco que se inyecta en el torrente sanguíneo y produce un estado de inconsciencia. El paciente puede responder expresamente después de una estimulación repetida o dolorosa. Generalmente se mantiene la respiración espontánea. Generalmente se mantiene la función cardiovascular. Puede ser necesaria la intervención de las vías respiratorias.
- MAC (sedación consciente) MAC (Conscious Sedation)**: Fármaco inyectado en el torrente sanguíneo para producir sedación sin pérdida de conocimiento. El paciente es capaz de responder expresamente a las órdenes verbales. Se mantiene la respiración espontánea. Generalmente se mantiene la función cardiovascular.

Se me informó y entiendo que ocasionalmente hay efectos secundarios por la anestesia, incluso, por ejemplo, algunas complicaciones poco comunes. Entiendo que en raras ocasiones las complicaciones pueden requerir hospitalización con el fin de brindar la atención continua adecuada.

### **Efectos secundarios:**

Dolor de garganta  
Dolor de cuello/mandíbula  
Náuseas o vómitos  
Dolor o lesión en el sitio de la IV  
Lesión dental  
Hinchazón  
Sangrado nasal

### **Complicaciones poco comunes:**

Reacción adversa a los fármacos  
Problemas respiratorios  
Aspiración  
Presión arterial o frecuencia cardíaca baja  
Ritmo cardíaco anormal  
Parálisis  
Ataque cardíaco/accidente cerebrovascular  
Muerte

Comprendo la importancia de proporcionarles a mis proveedores de atención médica mis antecedentes médicos completos, incluso la necesidad de informar todos los medicamentos que estoy tomando, tanto recetados como de venta libre. También entiendo que mi consumo de remedios herbales, alcohol o cualquier tipo de droga ilegal puede provocar graves complicaciones y también lo debo informar. Asimismo, entiendo que también debo informar todas las complicaciones que hayan surgido por anestésicos previos.

Reconozco que he leído este formulario, o me lo han leído, que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del servicio de anestesia y que he tenido suficiente tiempo para hacer preguntas y considerar mis decisiones.

Al firmar este documento declaro que se me ha informado que determinados medicamentos anestésicos pueden ser perjudiciales para los niños en gestación cuando se administran durante el embarazo. He tenido la oportunidad de aclarar todas las preguntas relacionadas con la anestesia o la endoscopia durante el embarazo y todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente.

Asimismo declaro que  **No estoy embarazada**       **Estoy embarazada**       **N/C**  
I further represent that **I am not pregnant**      **I am pregnant**      **N/A**

y por el presente autorizo al centro de atención médica y a **MPA** a realizar la colonoscopia/endoscopia con anestesia, según lo que mi anestesista considere adecuado.

_____ Firma del paciente o representante legal Patient or Legal Representative Signature	_____ Fecha Date	_____ Hora Time
_____ Firma del anestesista Anesthesia Provider's Signature	_____ Fecha Date	_____ Hora Time

## Consentimiento informado para endoscopia gastrointestinal

### Explicación del procedimiento

La visualización directa del tracto digestivo con un instrumento iluminado se conoce como “endoscopia gastrointestinal”. Su médico le aconsejó que se realice este tipo de estudio. Le presentamos la siguiente información para ayudarle a entender los motivos para realizar estos procedimientos y los posibles riesgos.

Durante su estudio, se revisará cuidadosamente el recubrimiento del tracto digestivo con un endoscopio flexible (con o sin biopsia, fotografía, extirpación de pólipos o tratamiento con inyecciones). Las muestras de tejido pueden ser enviadas para un estudio de laboratorio con el fin de determinar si presenta células anormales. Si se observan pequeños crecimientos (pólipos), pueden extirparse.

### Principales riesgos y complicaciones de la endoscopia gastrointestinal

En general, la endoscopia gastrointestinal es un procedimiento de bajo riesgo. Sin embargo, todas las complicaciones que se mencionan a continuación son posibles y pueden provocar hospitalización y costos financieros asociados adicionales por los cuales usted (el paciente) sería responsable. Si lo desea, su médico hablará con usted sobre la frecuencia de estas complicaciones, refiriéndose particularmente a sus propias indicaciones para la endoscopia gastrointestinal.

### SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER SOBRE SU PROCEDIMIENTO, DEBE PREGUNTARLE A SU MÉDICO.

1. **PERFORACIÓN:** el pasaje del instrumento puede provocar una lesión en la pared del tracto gastrointestinal con una posible fuga de contenido gastrointestinal hacia la cavidad corporal. Si esto ocurre, generalmente se requiere una cirugía para cerrar la fuga o drenar la zona.
2. **SANGRADO:** el sangrado, si ocurre, generalmente es una complicación de la biopsia, polipectomía o dilatación. El manejo de esta complicación puede consistir en observación, repetición de su procedimiento para controlar el sangrado, transfusiones, cirugía o un procedimiento de radiología. Si se observa sangrado durante el procedimiento, se pueden utilizar métodos para controlarlo, por ejemplo coagulación por calor, colocación de clips, inyección de medicamentos.
3. **REACCIONES A LA SEDACIÓN O LOS MEDICAMENTOS:** hay riesgos relacionados con la administración de cualquier medicamento. Estos riesgos pueden incluir inflamación leve de la vena en el sitio de la inyección, náuseas o vómitos, reacciones alérgicas a los medicamentos administrados, convulsiones o, rara vez, complicaciones cardíacas o respiratorias.
4. **LESIONES NO DETECTADAS O PROCEDIMIENTOS INCOMPLETOS:** su médico hará todo lo posible para identificar todos los pólipos, lesiones y cánceres. Siempre existe la posibilidad de que una o más lesiones no sean detectadas por estar escondidas debajo de los pliegues intestinales o heces residuales. Su médico hará todo lo posible por completar su examen, pero ocasionalmente eso no es posible debido a su anatomía o molestia.
5. **OTROS:** los riesgos adicionales pueden incluir complicaciones por otras enfermedades que puede ya tener o daño en los dientes/tratamiento dental. Rara vez podría producirse una lesión esplénica (abrasión o laceraciones en el bazo) cuando el estetoscopio pasa a través de la curvatura del colon junto al bazo y esto podría provocar una hospitalización, podría requerir una transfusión de sangre e incluso una cirugía para tratarla. La falla en el instrumento y la muerte son extremadamente raras, pero siguen siendo posibilidades remotas. Debe informar a su médico sobre todas las tendencias alérgicas y problemas médicos.

Alternativas a la endoscopia gastrointestinal: si bien la endoscopia gastrointestinal es un medio extremadamente seguro y eficaz para examinar el tracto gastrointestinal, no es un diagnóstico 100 % preciso. En un pequeño porcentaje de casos puede resultar en una falta de diagnóstico o un diagnóstico erróneo. A veces hay otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos disponibles, tales como análisis de laboratorio, tratamiento médico, radiografía y cirugía. También puede optar por no realizarse estudios de diagnóstico o tratamiento. Su médico puede hablar sobre estas opciones con usted.

Iniciales del paciente Patient Initials: \_\_\_\_\_

## Breve descripción de procedimientos endoscópicos

1. **SEDACIÓN Y ANALGESIA:** administración de medicamentos intravenosos antes y durante el procedimiento para lograr un estado de relajación y comodidad suficiente como para mejorar la tolerancia al procedimiento.
2. **Esofagogastroduodenoscopia (EGD):** examen de esófago, estómago y duodeno. Se pueden realizar biopsias o polipectomía (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
3. **DILATACIÓN ESOFÁGICA:** se puede llevar a cabo la dilatación (usando sondas de dilatación o dilatadores con balón) para estirar las zonas estrechas del esófago.
4. **ENTEROSCOPIA:** examen del intestino delgado. Se pueden realizar biopsias o polipectomía (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
5. **SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE:** examen del ano, recto y lado izquierdo del colon. Ocasionalmente se puede examinar todo el colon (colonoscopia). Se pueden realizar biopsias o polipectomía (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
6. **COLONOSCOPIA:** examen de todo o una parte del colon. Los pacientes mayores y los pacientes que tienen diverticulitis son más propensos a tener complicaciones. Se pueden realizar biopsias o polipectomía (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
7. **DILATACIÓN DEL COLON:** se puede llevar a cabo la dilatación (usando sondas de dilatación) para estirar las áreas estrechas del colon.
8. **ILEOSCOPIA:** examen de la porción inferior del intestino delgado (ileon) a través de la ileostomía de la persona. Se pueden realizar biopsias o polipectomías (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
9. **ENDOSCOPIA DE RESERVOIRIO ILEOANAL:** examen del reservorio ileoanal. Se pueden realizar biopsias o polipectomías (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).

**Consentimiento:** autorizo la administración de los medicamentos que se puedan considerar recomendables o necesarios para mi comodidad, bienestar y seguridad. Doy mi consentimiento para la obtención y publicación de las fotografías tomadas para ser usadas en el avance de la educación médica. Certifico que entiendo la información sobre la endoscopia gastrointestinal. Se me informó plenamente los posibles riesgos y complicaciones de mi procedimiento y tuve la oportunidad de hacerle todas las preguntas a mi médico. Certifico que la información que di como paciente sobre mis antecedentes, problemas, medicamentos, alimentos e ingesta de líquidos es correcta. También entiendo que un adulto responsable debe acompañarme del Centro de Endoscopia a mi hogar cuando reciba el alta. Entiendo que ignorar dicho consejo podría ponerme en riesgo si se desarrollan problemas y no se reportan. Por el presente autorizo y permito que:

**Nombre del médico Physician Name:** \_\_\_\_\_

**Y a quien él delegue como su asistente, me realice los siguientes procedimientos:**

**Procedimiento (s) Procedure (s):**

- Colonoscopia con posible biopsia, polipsectomia o dilatacion  
Colonoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Esofagogastrroduodenoscopia (EGD) con posible biopsia, polipsectomia o dilatacion  
Esophagogastrroduodenoscopy (EGD) with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Sigmoidoscopia flexible con posible biopsia, polipsectomia o dilatacion  
Flexible Sigmoidoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Enteroscopia con posible biopsia o polipsectomia  
Enteroscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Ileoscopia con posible biopsia o polipsectomia  
Ileoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Endoscopia de reservorio ileoanal con posible biopsia o polipsectomia  
Pouchoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Otro Other: \_\_\_\_\_

**Si surge alguna condición imprevista durante este procedimiento que requiera (según el criterio del médico) procedimientos, tratamientos u operaciones adicionales, le autorizo a hacer lo que considere aconsejable, incluyendo reanimación cardiopulmonar y traslado al hospital local. Comprendo que en caso de ser trasladado, mis instrucciones anticipadas, si fueron proporcionadas al centro, se enviarán al hospital. Me consta que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me garantizó nada respecto al resultado de este procedimiento.**

**Firma del paciente o representante legal:**

Fecha:

Hora:

\_\_\_\_\_  
**Patient or Legal Representative Signature**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

**Firma del testigo:**

Fecha:

Hora:

\_\_\_\_\_  
**Witness Signature**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

**Firma del intérprete:**

Fecha:

Hora:

\_\_\_\_\_  
**Interpreter Signature**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

## Directivas anticipadas y divulgaciones

Las directivas anticipadas le permiten expresar por escrito sus deseos respecto a decisiones sobre su atención médica. A través de este documento, usted puede establecer instrucciones claras sobre los cuidados que desea recibir o rechazar si no puede comunicarse por sí mismo. Esta herramienta orienta a su familia y al personal médico en la toma de decisiones sobre el tratamiento, especialmente en situaciones que podrían prolongar su vida. Generalmente, especifica el nivel de intervención médica que usted desea.

En Oregon, la Ley de Decisiones de Atención Médica (ORS 127.505–127.995) le autoriza a designar a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede hacerlo. Esta persona se denomina "representante en la atención médica". Su representante debe aceptar esta responsabilidad y firmar los formularios correspondientes.

Las directivas anticipadas pueden incluir los siguientes documentos:

- Testamento vital
- Poder legal médico
- Directiva de atención médica prehospitalaria

Para obtener más información sobre las directivas anticipadas o acceder a los formularios, visite o comuníquese con:

<https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Pages/AdvanceDirectiveAdoptionCommittee.aspx>  
<https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

Oregon Health Decisions: 1-800-422-4805

Completar una directiva anticipada es completamente voluntario. Si usted no desea completarla, no necesita llenar ningún formulario.

### Política de directivas anticipadas de The Oregon Clinic

El Centro de Endoscopia iniciará y mantendrá medidas de soporte vital en todos los pacientes que sufran un evento cardíaco o respiratorio mientras permanezcan en sus instalaciones. Si un paciente no está de acuerdo con esta política, podrá solicitar su derivación a otra instalación para recibir atención. Si están disponibles, las copias de cualquier directiva anticipada acompañarán al paciente durante la transferencia a otro centro.

### Divulgación del médico

Según lo establecido por las regulaciones federales de Medicare, debemos informarle que nuestros médicos tienen participación financiera en los Centros de Endoscopia y Gastroenterología de The Oregon Clinic.

### Aviso sobre derechos de derivación y reconocimiento

De acuerdo con la ley de Oregón (ORS 441.098), cuando se lo deriva para recibir atención fuera de nuestra clínica, debemos informarle que usted tiene derecho a optar por realizarse la prueba o recibir el servicio en una instalación distinta a la que su médico o proveedor de atención médica le recomendó.

## **Aviso sobre su derecho a rechazar la participación en futuras investigaciones genéticas anónimas o codificadas**

El estado de Oregon cuenta con leyes para proteger la privacidad de la información genética de las personas. Dichas leyes le otorgan el derecho a rechazar que se utilice su información médica o muestras biológicas para investigaciones. Una muestra biológica puede incluir una muestra de sangre, de orina u otros materiales recolectados de su cuerpo. Usted puede decidir si autoriza que su información médica o muestras biológicas estén disponibles para llevar a cabo investigaciones genéticas. Para obtener más información, visite el [Aviso de prácticas de privacidad | The Oregon Clinic](#).

## Derechos y responsabilidades del paciente

<https://www.oregonclinic.com/patient-rights/>

*El término "paciente" se refiere al paciente, al representante del paciente o al apoderado, según corresponda.*

### COMO PACIENTE DE THE OREGON CLINIC, USTED TIENE DERECHO A LO SIGUIENTE:

- Recibir todas las comunicaciones en un idioma o de una manera que comprenda. Se proporcionarán intérpretes cuando sea necesario. The Oregon Clinic brinda recursos y servicios para que las personas con discapacidades se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes acreditados en lenguaje de señas e intérpretes de idiomas.
  - Información escrita en varios de los idiomas más comunes de esta ciudad.
  - Si cree que The Oregon Clinic no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo (incluidos la identidad de género y orientación sexual), o cualquier combinación de estos:
    - Puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles o al Responsable de Cumplimiento de The Oregon Clinic por correo postal a 541 NE 20th Ave, Suite 225, Portland, OR 97232; por fax al 503-935-8911; o enviar un correo electrónico a [compliance@orclinic.com](mailto:compliance@orclinic.com).
    - Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por vía electrónica a la [Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.](#), o por teléfono al 1-800-368-1019 (TDD) 800-537-7697. Los formularios de reclamos están disponibles [aquí](#). (Fax) 202-619-3818.
    - Si tiene inquietudes sobre los centros quirúrgicos ambulatorios de The Oregon Clinic, comuníquese con Oregon Health Authority, Programa de regulación y mejora de la calidad de la atención médica: 800 NE Oregon Street, Suite 465, Portland OR 97232; 971-673-0540. Los formularios de reclamos están disponibles [aquí](#).
- Atención considerada, respetuosa y compasiva en un entorno seguro y protegido, sin ninguna forma de discriminación, abuso o acoso. The Oregon Clinic cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
- Ejercer sus derechos sin ser objeto de discriminación ni represalias.

- Privacidad personal y confidencialidad respecto a su atención médica. La información solo puede divulgarse con su consentimiento, excepto según lo dispuesto por la ley. Tiene derecho a recibir información sobre el motivo de la presencia de cualquier persona. Se cumplirán las regulaciones de la HIPAA.
- Recibir información sobre el diagnóstico, el tratamiento y el resultado esperado de parte de su proveedor o del personal designado, en términos que pueda comprender. Cuando no sea recomendable, desde el punto de vista médico, proporcionar dicha información al paciente, se entregará a una persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada.
- Recibir la información necesaria y participar en las decisiones relacionadas con un procedimiento o tratamiento propuesto, con el fin de dar su consentimiento informado o rechazar dicho tratamiento.
- Tener acceso a una continuidad razonable de la atención y contar con información de antemano sobre la hora y el lugar de la(s) cita(s), así como sobre el profesional de la salud que proporcionará la atención.
- Consultar con otro médico o cambiar de proveedor si hay otros profesionales calificados disponibles.
- Aceptar o negarse a participar en proyectos de investigación.
- Conocer el nombre y la condición profesional del proveedor responsable de coordinar su atención, así como los nombres, relaciones profesionales y credenciales de otros profesionales y trabajadores de la atención médica que pueda ver.
- Dentro de los límites de la ley, revisar sus registros médicos. Todas las comunicaciones y expedientes relacionados con su atención se tratarán como confidenciales.
- Recibir información, antes de un procedimiento, que incluya una descripción de las leyes estatales de salud y seguridad correspondientes y, si se solicita, formularios oficiales de directivas anticipadas estatales. Estos estarán disponibles según solicitud.
- Tener en vigor y documentada en su expediente médico la presencia de cualquier directiva anticipada relacionada con testamentos vitales, poderes notariales médicos u otros documentos que limiten su atención. También tiene derecho a ser referido a un centro alternativo si desea que se cumplan sus directivas anticipadas durante el procedimiento. Para obtener más información, visite [Oregon Health Authority: Comité Asesor de Directivas Anticipadas \(Advance Directive Advisory Committee, ADAC\): acerca de la División de Salud Pública: estado de Oregón](#). Para acceder a los formularios, visite: [Oregon Health Authority: Formularios de directivas anticipadas: acerca de la División de Salud Pública: estado de Oregón](#).
- Proporcionar comentarios adecuados, incluidos sugerencias y reclamos.
- Expresar quejas, ya sean verbales o escritas, con respecto a los tratamientos o la atención que se proporcionan o no. Si desea ayuda para expresar sus quejas o reclamos, ya sea verbalmente o por escrito, visite [Ombudsman Center | CMS](#) o llame al 1-800-MEDICARE, Oregon DHS: [Departamento de Servicios Humanos de Oregón: Reclamos e inquietudes: acerca de nosotros: estado de Oregón](#).

- Examinar y recibir una explicación de su factura y nuestras políticas de pago, independientemente de la fuente de pago.
- Acceso telefónico a los médicos responsables fuera del horario de atención. Existen medidas de emergencia disponibles según sea necesario.

Use los formularios en la página de [Formularios de derechos del paciente](#) para solicitar enmiendas a su expediente médico, restricciones sobre la información médica protegida o un recuento de las divulgaciones de dicha información.

#### COMO PACIENTE DE THE OREGON CLINIC, USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Proporcionar información completa y precisa sobre su salud, que incluye la afección actual, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos (incluidos productos y suplementos de venta libre), alergias y sensibilidades, así como cualquier otra información relevante.
- Participar activamente en su atención médica.
- Informar si comprende claramente el curso de acción previsto y qué se espera de usted, incluso si no planea seguir el tratamiento prescrito o si está considerando terapias alternativas. Preguntar cuando no entienda algo.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional de la salud, que puede incluir instrucciones del personal de enfermería y otros profesionales de la salud que implementan el plan de atención y cumplen con las órdenes del responsable de su atención, así como con las normas y reglamentos aplicables.
- Informar al profesional de la salud responsable sobre cualquier cambio inesperado en su afección.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones si decide no recibir tratamiento o no sigue las instrucciones del profesional de la salud.
- Proporcionar información de facturación completa y precisa para el procesamiento de reclamaciones y pagar las facturas de manera oportuna.
- Asistir a las citas, ser puntual y avisar a su médico lo antes posible si no puede asistir a una cita.
- Dependiendo de la atención que reciba, debe contar con un adulto responsable que le brinde transporte a su hogar y que permanezca con usted según las indicaciones del proveedor o como se detalla en las instrucciones de alta.
- Comportarse con respeto hacia los demás y respetar sus bienes mientras se encuentre en las instalaciones de The Oregon Clinic. El incumplimiento de estas responsabilidades puede resultar en la finalización de la atención.
- Revisar nuestra [Política de privacidad](#).

## AVISO SOBRE LOS DERECHOS DE DERIVACIÓN MÉDICA

EN ESTE AVISO SE DESCRIBEN SUS DERECHOS CUANDO SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA LO DERIVA A OTRO PROVEEDOR O CENTRO PARA PRUEBAS ADICIONALES O SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

De acuerdo con la ley de Oregón, cuando usted sea derivado para recibir atención fuera de nuestra clínica, nosotros, The Oregon Clinic, estamos obligados a notificarle que es posible que la prueba o el servicio se realice en un centro diferente al recomendado por su médico o proveedor de atención médica.

La ley de Oregón (ORS 441.098) establece lo siguiente:

- La derivación para una prueba diagnóstica, tratamiento o servicio de atención médica se basará en las necesidades clínicas del paciente y en sus preferencias de salud.
- Si un paciente es derivado a un centro donde el proveedor que realiza la derivación o un familiar inmediato tiene un interés financiero, el proveedor debe notificar al paciente, tanto verbalmente como por escrito, sobre ese interés en el momento de la derivación.
- El profesional de la salud o la persona designada informará al paciente, en el momento de la derivación, que:
  - (a) el paciente tiene la opción de elegir dónde recibir la prueba, tratamiento o servicios; y
  - (b) si elige un centro diferente al recomendado, es responsabilidad del paciente contactar a su compañía de seguros de salud para determinar la cobertura disponible para la prueba, tratamiento o servicio en el centro elegido.
- Un profesional de la salud no puede negar, limitar o retirar una derivación solo porque el paciente decida recibir atención en un centro distinto.

**Si desea escuchar una grabación de este documento sobre Derechos y responsabilidades del paciente, llame al 503-935-8334.**

(Revisado el 02/04/2025)

# Qué esperar: Pago de su colonoscopia

## EVALUACIÓN

Paciente asintomático (sin síntomas gastrointestinales), de 45 años o más, **sin** antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos de colon ni cáncer.

Este servicio **PUED**E estar cubierto por la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), sin costos de bolsillo para el paciente.

\*Si se extirpan pólipos, Medicare podría reclasificar el procedimiento como diagnóstico.\*

**Códigos CPT que debe proporcionar a su compañía de seguros:** 45378, 45380 y 45385

**Códigos de diagnóstico:** Z12.11 (colonoscopia de evaluación)

**Códigos CPT de anestesia (sedación):** 00811 y 00812

**Códigos CPT de patología:** 88305 y 88312

## VIGILANCIA

Paciente asintomático (sin síntomas gastrointestinales), **con** antecedentes personales o familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos de colon o cáncer.

Este servicio **PUED**E **NO** considerarse preventivo y puede estar sujeto a deducible y coseguro.

**Códigos CPT que debe proporcionar a su compañía de seguros:** 45378, 45380 y 45385

**Códigos de diagnóstico:** Z86.010 (antecedentes personales de pólipos) o Z80.0 (antecedentes familiares de pólipos)

Llame a nuestro centro si tiene enfermedad inflamatoria intestinal para obtener su código de diagnóstico.

**Códigos CPT de anestesia (sedación):** 00811 y 00812

**Códigos CPT de patología:** 88305 y 88312

## DIAGNÓSTICO

Paciente con síntomas gastrointestinales activos.

Este servicio **NO** se considera preventivo y se aplicará a su deducible y coseguro.

**Códigos CPT que debe proporcionar a su compañía de seguros:** 45378, 45380 y 45385

**Códigos de diagnóstico:** estos varían, por lo que le pedimos que llame a nuestro centro para obtener su código de diagnóstico.

**Códigos CPT de anestesia (sedación):** 00811 y 00812

**Códigos CPT de patología:** 88305 y 88312

- Nosotros facturamos los honorarios profesionales y los cargos por el uso de las instalaciones. Las tarifas correspondientes a anestesia (sedación) y patología son facturadas por organizaciones independientes. Puede consultar el folleto adicional en el siguiente enlace: [www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information](http://www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information)
- NO PODEMOS cambiar, añadir ni eliminar un código de diagnóstico para que se clasifique su procedimiento como una colonoscopia de evaluación.** Su compañía de seguros podría indicarle que sí podemos hacerlo, pero esto no es cierto. Su expediente médico es un documento legal vinculante que no puede modificarse, conforme a las normativas gubernamentales, de seguros y de cumplimiento. Cambiar, añadir o eliminar un código de diagnóstico se considera fraude de seguros y está penado por la ley.
- En todos los casos, usted debe estar preparado para asumir parte del costo, ya sea a través de su deducible o del máximo de desembolso establecido por su plan. Tenga en cuenta que su compañía de seguros podría no clasificar su procedimiento como una "colonoscopia de evaluación".**
- Dado que cada caso es diferente, le recomendamos que consulte con su compañía de seguros sobre su cobertura específica antes del procedimiento. **Esto puede ayudarle a evitar cargos inesperados.**



# Qué esperar: Pago de su colonoscopia

## EVALUACIÓN

Paciente asintomático (sin síntomas gastrointestinales), de 45 años o más, **sin** antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos de colon ni cáncer.

Este servicio **PUEDE** estar cubierto por la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), sin costos de bolsillo para el paciente.

**\*Si se extirpan pólipos, Medicare podría reclasificar el procedimiento como diagnóstico.\***

**Códigos CPT que debe proporcionar a su compañía de seguros:** 45378, 45380 y 45385

**Códigos de diagnóstico:** Z12.11 (colonoscopia de evaluación)

**Códigos CPT de anestesia (sedación):** 00811 y 00812

**Códigos CPT de patología:** 88305 y 88312

## VIGILANCIA

Paciente asintomático (sin síntomas gastrointestinales), **con** antecedentes personales o familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos de colon o cáncer.

Este servicio **PUEDE NO** considerarse preventivo y puede estar sujeto a deducible y coseguro.

**Códigos CPT que debe proporcionar a su compañía de seguros:** 45378, 45380 y 45385

**Códigos de diagnóstico:** Z86.010 (antecedentes personales de pólipos) o Z80.0 (antecedentes familiares de pólipos)

Llame a nuestro centro si tiene enfermedad inflamatoria intestinal para obtener su código de diagnóstico.

**Códigos CPT de anestesia (sedación):** 00811 y 00812

**Códigos CPT de patología:** 88305 y 88312

## DIAGNÓSTICO

Paciente con síntomas gastrointestinales activos.

Este servicio **NO** se considera preventivo y se aplicará a su deducible y coseguro.

**Códigos CPT que debe proporcionar a su compañía de seguros:** 45378, 45380 y 45385

**Códigos de diagnóstico:** estos varían, por lo que le pedimos que llame a nuestro centro para obtener su código de diagnóstico.

**Códigos CPT de anestesia (sedación):** 00811 y 00812

**Códigos CPT de patología:** 88305 y 88312

- Nosotros facturamos los honorarios profesionales y los cargos por el uso de las instalaciones. Las tarifas correspondientes a anestesia (sedación) y patología son facturadas por organizaciones independientes. Puede consultar el folleto adicional en el siguiente enlace: [www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information](http://www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information)
- NO PODEMOS cambiar, añadir ni eliminar un código de diagnóstico para que se clasifique su procedimiento como una colonoscopia de evaluación.** Su compañía de seguros podría indicarle que sí podemos hacerlo, pero esto no es cierto. Su expediente médico es un documento legal vinculante que no puede modificarse, conforme a las normativas gubernamentales, de seguros y de cumplimiento. Cambiar, añadir o eliminar un código de diagnóstico se considera fraude de seguros y está penado por la ley.
- En todos los casos, usted debe estar preparado para asumir parte del costo, ya sea a través de su deducible o del máximo de desembolso establecido por su plan. Tenga en cuenta que su compañía de seguros podría no clasificar su procedimiento como una "colonoscopia de evaluación".**
- Dado que cada caso es diferente, le recomendamos que consulte con su compañía de seguros sobre su cobertura específica antes del procedimiento. **Esto puede ayudarle a evitar cargos inesperados.**



## Información de facturación

Usted recibirá estados de cuenta de distintas entidades relacionadas con su procedimiento, tales como el médico, la clínica (Centro de Endoscopia de The Oregon Clinic o el hospital), el proveedor de anestesia, el patólogo o el laboratorio (histología). La oficina administrativa de The Oregon Clinic (503-963-2900) solo puede brindarle información relacionada con nuestros honorarios. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre su facturación, consulte la tabla a continuación para saber con quién debe comunicarse.

Gracias por permitirnos brindarle su atención gastroenterológica.

	<b>Gastroenterología – Este</b> Ubicación: Gateway	<b>Gastroenterología – Oeste</b> Ubicación: Edificio Peterkort	<b>Gastroenterología – Sur</b> Ubicaciones: Tualatin, Oregon City y Newberg
<b>SERVICIOS PRESTADOS</b>			
<b>Honorarios profesionales:</b> cubre los servicios profesionales del médico gastroenterólogo. Consultas y procedimientos realizados en el consultorio.	<p>Oficina administrativa de The Oregon Clinic Teléfono (503) 963-2900 Horario: lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.</p>		
<b>Tarifas del Centro de Endoscopia:</b> cubre el uso de instalaciones, equipo, atención de enfermería y suministros médicos.			
<b>Honorarios de histología:</b> cubre los costos del procesamiento de muestras después del procedimiento.			
<b>Honorarios de patología:</b> cubre los costos de interpretación de muestras por el patólogo.	<p><b>Laboratorio de patología gastrointestinal de The Oregon Clinic</b> Teléfono: (503) 963-2900 Horario: lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.</p> <p><b>Providence Laboratory Services (información de facturación)</b> Teléfono: (866) 747-2455 Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados, de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. <a href="#">Recursos de contacto</a>   <a href="#">Soporte de facturación</a>   <a href="#">Providence</a></p>		
<b>Honorarios de anestesiología:</b> cubre los honorarios profesionales del médico o el enfermero anestesista (CRNA) que administra sedación.	<b>Metropolitan Anesthesia</b> (Coronis Health, empresa de facturación) Teléfono: (800) 242-1131 Extensión 5319 Horario: lunes a viernes, 8:00 a. m. a 5:00 p. m., EST	<b>Metropolitan Anesthesia</b> (Coronis Health, empresa de facturación) Teléfono: (800) 242-1131 Extensión 5319 Horario: lunes a viernes, 8:00 a. m. a 5:00 p. m., EST	<b>Anesthesia Associates NW</b> (Anesthesia Business Consultants, empresa de facturación) Teléfono: (877) 222-4217 o (925) 949-2302 Horario: lunes a viernes, 7:00 a. m. a 3:00 p. m., PST
<b>Si su procedimiento se realizó en un hospital, comuníquese directamente con dicho hospital para consultar TODOS los honorarios correspondientes (honorarios profesionales, de las instalaciones, anestesiología y patología).</b>			
<b>Cualquier hospital Providence</b>	<p>Oficina administrativa de Providence Health and Services Teléfono: (503) 215-4300 Horario: lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados, 9:00 a. m. a 2:00 p. m.</p>		
<b>Cualquier hospital Legacy</b>	<p>Oficina administrativa de Legacy Health System Teléfono: (503) 413-4048 Horario: lunes a viernes, 8:00 a. m. a 6:45 p. m.</p>		