



Bremen/ Carrollton/ Wedowee/ Centro de endoscopia ubicaciones
Teléfono: 770-214-2800

Villa Rica ubicación
Teléfono: 770-456-3786

Estimado paciente:

¡Bienvenido a West Georgia Endoscopy Center!

Valoramos y respetamos su confianza al elegir a nuestros médicos y nuestras instalaciones para su atención.

Gracias por permitirnos ocuparnos de sus necesidades de atención médica. Esperamos poder servirle.

Por favor, complete los formularios adjuntos antes de llegar al Centro de Endoscopia.

Atentamente,

El personal del centro de endoscopia y los doctores:

Dr. John Arledge

Dr. Thelma Lucas

Dr. Prashant Sharma

Dr. Peter Ojuro, osteópata

Dr. Edward Pishoh

WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC

160 Avenida Clínica
Carrollton, Georgia, 30117
www.westgagastro.com

Los médicos y el personal de *West Georgia Endoscopy Center, LLC* quieren que sepa como protegeremos su información medica privada.

Cuando visite nuestro consultorio, es muy importante que se sienta seguro al compartir con su médico la información personal que puede ser necesaria para diagnosticar o tratar completamente un problema.

Como profesionales médicos, tenga la seguridad de que Nuestro consultorio siempre ha tenido políticas y procedimientos estrictos para proteger la confidencialidad de la información que nos ha confiado. Sin embargo, el 14 de abril de 2003, entraron en vigor nuevas regulaciones bajo una ley federal llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA). Las regulaciones de HIPPA cubren a los proveedores, las compañías de seguros médicos y su personal de procesamiento de reclamaciones. En general, HIPPA se promulgo para establecer estándares nacionales para:

- Dar a los pacientes mas control sobre su información medica;
- Establecer limites para el uso y la divulgación de registros médicos;
- Establecer salvaguardas que los médicos, places de salud y otros proveedores de atención medica deben tener implementada para proteger la privacidad de la información medica
- Responsabilizar a los infractores, con sanciones civiles y penales; y
- Intente equilibrar la necesidad de privacidad individual con el requisito de responsabilidad publica que requiere la divulgación para proteger la salud pública.

Las normas de HIPPA existen que nuestro consultorio proporcione a todos los pacientes que atendemos después de 14 de abril de 2003 el Aviso de Practicas de Privacidad adjunto. El Aviso describe como la información medica que recibimos de usted puede ser utilizada o divulgada por nuestro consultorio y sus derechos relacionados con el acceso a esta información.

Firme a continuación indicando que le hemos proporcionado una copia del Aviso adjunto para su revisión. Tiene derecho a una copia personal al Aviso en cualquier revisión y a conservarla para sus registros. Gracias por su cooperación.

Acuse de recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta) _____

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha _____

Personas a las que se puede divulgar la información:

Nombre de la persona relación _____

WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC

CENTRO DE ENDOSCOPIA AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 3/12/2024

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Léalo detenidamente.

Nuestro compromiso con su privacidad

West Georgia Endoscopy Center se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de su información médica. La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica y proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica. También, debemos notificarle sobre cualquier cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad.

Cómo usamos y divulgamos su información médica

Podemos utilizar y divulgar su información médica de las siguientes maneras:

1. Tratamiento

Podemos utilizar y divulgar su información médica para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica.

Por ejemplo, su información puede compartirse con su médico de atención primaria u otros proveedores de atención médica involucrados en su atención para garantizar un tratamiento adecuado, como durante un procedimiento o para atención de seguimiento.

2. Pago

Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago de nuestros servicios.

Por ejemplo, podemos divulgar información a su compañía de seguros médicos para verificar la cobertura, recibir autorización para procedimientos o procesar reclamos.

3. Operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica para operaciones necesarias para administrar nuestra práctica, como evaluación de calidad, evaluaciones de desempeño y tareas administrativas.

4. Recordatorios de citas

Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted para recordarle sobre citas programadas y atención de seguimiento. También, para informarle sobre cualquier cambio en su cronograma de procedimientos.

5. Alternativas de tratamiento

Podemos usar y divulgar su información médica para informarle sobre opciones o alternativas de tratamiento.

6. Beneficios y servicios relacionados con la salud

Podemos usar y divulgar su información de salud para informarle sobre beneficios, servicios y programas relacionados con la salud que le interesen.

7. Requerido por ley

Podemos divulgar su información médica cuando la ley federal, estatal o local lo requiera,

WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC
CENTRO DE ENDOSCOPIA AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 3/12/2024

incluido el informe de ciertas enfermedades o afecciones transmisibles según lo requieran las autoridades de salud pública.

8. Actividades de salud pública

Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública como prevención, vigilancia e investigaciones de enfermedades. Esto puede incluir informar reacciones adversas a medicamentos o vacunas a las autoridades correspondientes.

9. Cumplimiento legal y regulatorio

Podemos divulgar su información médica cuando sea necesario para fines de cumplimiento de la ley, procedimientos judiciales o administrativos u otras razones legales, según lo autorice o requiera la ley.

Sus derechos con respecto a su información de salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

1. Derecho a inspeccionar y copiar

Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica que mantenemos.

2. Derecho a modificar

Si cree que su información médica necesita ser corregida o completada, tiene derecho a solicitar una modificación a su información médica.

3. Derecho a un recuento de las divulgaciones

Usted tiene derecho a solicitar un recuento de ciertas divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

4. Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo usamos o divulgamos su información médica para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud.

5. Derecho a comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica de una determinada manera o en un lugar determinado (por ejemplo, por correo postal, teléfono o correo electrónico). Aceptaremos solicitudes razonables.

6. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente.

WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC
CENTRO DE ENDOSCOPIA AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 3/12/2024

Cómo ejercer sus derechos

Para ejercer cualquiera de los derechos enumerados anteriormente o para obtener más información sobre cómo se utiliza y divulga su información médica, comuníquese con nuestra oficina a:

Información de contacto del West Georgia Endoscopy Center, LLC:

Teléfono: 770-834-2225

Correo electrónico: dbearden@westgaendoscopy.com

West Georgia Endoscopy Center, LLC

160 Clinic Ave.

Atención: David Bearden

Carrollton, GA 30117

Quejas

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No se le aplicará ninguna sanción por presentar una queja.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU

Oficina de Derechos Civiles Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue

SW Habitación 509F, edificio HHH

Washington, DC 20201

Además, puede contactarnos en:

Línea gratuita: (800) 368-1019

Línea gratuita TDD: (800) 537-7697

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer que las nuevas disposiciones del mismo sean efectivas para toda la información de salud que mantenemos. Un aviso revisado estará disponible a pedido y publicado en nuestra oficina.



WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC

CENTRO DE ENDOSCOPIA FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorizo que los beneficios del seguro se paguen a WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC. para los servicios médicos.

Autorizo que mi información médica se proporciona a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Explicación: Es necesario para los agentes de CMS para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados de su tratamiento.

Esta autorización incluye la divulgación de mi información médica confidencial. Por ejemplo; la información relacionada con atención psiquiátrica, abuso de drogas/alcohol y la enfermedad infecciosa incluya VIH/SIDA.

FECHA: _____ FIRMA: _____

Autorizo los pagos a WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC por todos los beneficios médicos y quirúrgicos. Esto incluye las pólizas médicas importantes, a las que tengo derecho en virtud de cualquier póliza o pólizas de seguro, programa de autoseguro o cualquier otro tipo de plan de beneficios.

Explicación: Todo es necesario para procesar reclamos. También, necesitamos entender su información médica para un seguro y completo tratamiento médico.

Entiendo y reconozco que esta cesión de beneficios no existe, que es mi responsabilidad financiera por todos los honorarios y cargos médicos en los que incurra. Acepto la responsabilidad incluido el pago de honorarios y cargos que no se reembolsen directamente a WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC por ninguna póliza de seguro, programa de autoseguro, u otro plan de beneficios.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

PERSONA QUE PROPORCIONA LA AUTORIZACIÓN:

RELACIÓN CON EL PACIENTE SI NO ES PACIENTE:

FECHA: _____ FIRMA: _____



AUTORIZACIÓN DE CONTACTO ALTERNATIVO

_____ **No autorizo** WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC, dejar mensajes en mi lugar de trabajo.

_____ **No autorizo** WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC a discutir mis citas, evaluación médica, tratamiento y resultados con otras personas.

FECHA: _____ FIRMA: _____

_____ **Si, Autorizo** a WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC, a dejar mensajes en mi contestador automático con respecto a las citas y a informarme que los resultados de laboratorio están disponibles. Comprendo que debo llamar al consultorio para obtener los resultados de laboratorio.

Otras Persona autorizada discutir mi información incluye citas, tratamiento y resultados:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

FECHA: _____ FIRMA: _____

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Soy consciente de la necesidad de directivas anticipadas. Es importante para WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC obtener una copia.

Reconozco que WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC **NO RESPECTA la parte de NO RESCUCITAR** de mis directivas anticipadas durante cualquier procedimiento médico.

FECHA: _____ FIRMA: _____

WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC
160 Avenida Clínica
Carrollton, GA 30117
www.westgagastro.com



WEST GEORGIA ENDOSCOPY CENTER, LLC

CENTRO DE ENDOSCOPIA DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Parte I: Derechos Del Paciente

1. La privacidad de todos los pacientes se respetará en todo momento. Los pacientes serán tratados con respeto, consideración y dignidad.
2. Los pacientes recibirán asistencia rápida, cortés y responsable.
3. Los registros médicos de los pacientes se consideran confidenciales.
4. Los registros médicos no se divulgarán a entidades o individuos externos sin aprobación expresa por escrito de los pacientes y/o representantes designados.
5. Los pacientes tienen derecho a conocer la identidad y el estado de las personas que les prestan servicios.
6. Los pacientes tienen derecho a cambiar de proveedor medico si lo desean.
7. Los pacientes, o sus representantes legalmente autorizados, tienen derecho a información completa, actualizada y comprensible sobre su diagnóstico información, opciones de tratamiento y pronóstico.
8. Todos los pacientes firmarán un formulario de consentimiento informado después de que se haya recibido toda la información.
9. Los pacientes tienen derecho a rechazar el tratamiento y a ser informados de las alternativas y consecuencias de sus decisiones.
10. Los pacientes tienen derecho a rechazar la participación en tratamientos y procedimientos experimentales. Se debe considerar cualquier tratamiento o procedimiento experimental, se le debe explicar completamente al paciente.

11. Los pacientes tienen derecho a expresar quejas sobre su atención y presentarlas sus quejas al Supervisor Clínico. El Supervisor Clínico completará un formulario de “Respuesta adversa” o “Notificación de evento” y llevar el asunto a la atención del director médico. West Georgia Endoscopy Center es responsable de proporcionar al paciente o su designado una respuesta por escrito dentro de los 30 días indicando los resultados de la investigación.

12. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre atención de emergencia y fuera del horario laboral.

13. Los pacientes tienen derecho a obtener una segunda opinión sobre el procedimiento recomendado. La responsabilidad del gasto de la segunda opinión recae únicamente sobre el paciente.

14. Los pacientes tienen derecho a un entorno seguro y agradable durante su estancia.

15. Los pacientes tienen derecho a que los procedimientos se realicen de la forma más indolora posible.

16. Los pacientes tienen derecho a desarrollar directivas anticipadas; sin embargo, West Georgia Endoscopy Center LLC *no respeta la parte de no resucitar* de las Directivas anticipadas.

17. Los pacientes tienen derecho, previa solicitud, a que se les proporcione toda la información disponible sobre los servicios en el Centro incluido tarifas estimadas y opciones de pago.

18. Los pacientes tienen derecho a aprobar o rechazar la divulgación de sus registros médicos a un centro de atención sanitaria, salvo que lo exija la ley o los contratos de pago con terceros.

19. Los pacientes tienen derecho a ser informados de que John Arledge, MD, Thelma Wiley-Lucas, MD, Prashant Sharma, MD y Peter Ojuro, MD, son propietarios de West Georgia Endoscopy Center.

20. Los pacientes tienen derecho a ejercer sus derechos sin discriminación ni represalia.

21. Los pacientes tienen derecho a estar libres de abuso y acoso.

1. Los pacientes son responsables de proporcionar historias clínicas completas y precisas e información sobre todos los medicamentos actuales.

2. Los pacientes son responsables de proporcionar un adulto que los transporte a casa después del procedimiento.

3. Los pacientes son responsables de cumplir todas las citas programadas previas, posteriores al procedimiento y los planes de tratamiento para ayudar a garantizar una atención adecuada.

4. Los pacientes son responsables de revisar y comprender la información proporcionada por el médico o enfermera.

5. Los pacientes son responsables de comprender su cobertura de seguro y los procedimientos necesarios para obtener cobertura.

6. Los pacientes son responsables de proporcionar información del seguro durante sus visitas y notificar a la recepcionista de cualquier cambio en la cobertura del seguro o información médica.

7. Los pacientes son responsables de pagar todos los cargos por copagos, coaseguros y deducibles. Si hay servicios no cubiertos en la visita a menos que se hayan hecho otros arreglos en avance.

8. Los pacientes son responsables de tratar a los médicos y al personal con cortesía y respeto.

9. Los pacientes son responsables de hacer preguntas sobre su atención médica y buscar aclaraciones del médico sobre los servicios que se les van a brindar hasta que comprendan completamente la atención que se les va a brindar.

10. Los pacientes son responsables de seguir los consejos de su proveedor y comprender la alternativas y/o posibles consecuencias si se niegan a cumplir.



Firma: _____ Fecha: _____

Para presentar una queja, puede comunicarse con:

Tammy Horton, administradora de West Georgia Gastroenterology,

Teléfono: 770-214-2800

Departamento de Salud Comunitaria de Georgia

Oficina de la División de Regulación de Instalaciones de Atención Médica

2 Martin Luther King Jr. Dr SE

Atlanta, GA 30303

1-800-878-6442

Oficina del Inspector General de CMS

1-800-447-8477

Oficina del Defensor del Beneficiario de Medicare

<http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp>

Aviso a los pacientes sobre la facturación de patología

Durante su procedimiento, su proveedor puede tomar una o mas muestras de tejido y las enviaremos a nuestro laboratorio asociado para su procesamiento y diagnóstico. Si esto sucede, sus servicios darán como resultado que su proveedor de seguros la envíe una Explanación de Beneficios (EOB).

Una EOB no es una factura

Si el seguro no cubre parte de los gastos de patología, recibirá una factura de proveedor de patología. Si tiene alguna pregunta sobre la parte de patología de su procedimiento, comuníquese con:

AmeriPath Indianapolis, PC

3495 Hacks Cross Rd.

Memphis, TN 38125

866-697-8378

WGG Anesthesia, LLC

Estimado paciente:

Gracias por permitir que AHP of West Georgia le brinde el mas alto nivel de servicios integrales de anestesia. Esta carta tiene como objetivo informarle sobre nuestras prácticas de facturación por los servicios que ha recibido. Existen múltiples componentes de facturación, como los servicios profesionales de cirujano, los servicios profesionales de anesthesiologo/anestesiista, los servicios profesionales de patólogo, los medicamentos/suministros y el uso de los servicios/equipos de las instalaciones.

- Como cortesía, facturaremos a su compañía de seguros primaria y/o secundaria por sus servicios de anestesia y haremos todo lo posible para que se paguen nuestros cargos. Sin embargo, supongamos que su compañía de seguros considera que los cargos por anestesia o los servicios de anesthesiologo/anestesiista no son medicamente necesarios o no estos cubiertos. En ese caso, se la facturara a nuestra tarifa actual de pago por cuenta propia.
- Si estamos fuera de la red de su compañía de seguros, es posible que le enviemos el pago y la Explanación de Beneficios (EOB) de nuestros servicios. Endorsé el pago del seguro o envié un cheque personal por el monto total con la EOB a la dirección que figura a continuación. Como proveedor no participante, no podemos determinar el pago de su compañía; por lo tanto, no podemos cotizar con precisión una porción estimada que es responsabilidad de paciente. Tan pronto como recibamos la EOB, podremos tomar la determinación. AHP of West Georgia intentara cobrar todos los pagos directamente de su compañía de seguros.

**Si tiene preguntas sobre sus cargos por anestesia,
Por favor llame al 1.800.951.7850**

- Para todas las asegurados dentro de la red, recibiremos el pago con la Explanación de Beneficios (EOB). Además, usted será responsable para pagar los copagos y deducibles de acuerdo con el contrato de su aseguradora.
- A los pacientes sin seguro se les facturará la tarifa actual de pago por cuenta propia. Si desea pagar por los servicios y no presentar una reclamación a su aseguradora, no dude en comunicarse con nuestra oficina para hablar sobre una posible deuda en la que pueda incurrir. Tenga en cuenta que usted será responsable del monto que la aseguradora habría pagado si se hubiera presentado la reclamación. Si su Autoridad Estatal lo considera indigente, proporcione una copia de la carta a nuestra oficina.

Si tiene alguna pregunta sobre su factura por el/los procedimiento(s) que se la está realizando, comuníquese con nuestra oficina de facturación sin cargo al:

1.800.951.7850

Envíe los pagos, la Explanación de Beneficios, la correspondencia, etc. por correo a:

WGG Anesthesia, LLC

P.O. BOX 4860

Murrells Inlet, SC 29576-2698