



# Truxtun Surgery Center, Inc

## Take this Packet with you on the day of your procedure

1. Read and sign all forms.
2. Bring a list of your medications.
3. Bring your insurance card, Driver's license or any other form of Identification.
4. Bring a copy of your Advance Health Care Directive if available.
5. The space of our waiting room is limited so kindly bring only one family member or friend.

### REMEMBER: IF YOU WILL RECEIVE A SEDATIVE FOR YOUR PROCEDURE

1. You will need a driver to take you home after the procedure. You can't take a taxi or bus.
  2. You cannot drive or operate machinery until the following day.
  3. You should avoid making critical decisions or signing legal documents until the following day.
  4. You cannot drink alcoholic beverages for the next 12 hours after the procedure.
- 

## Llevar este paquete el día de su procedimiento

1. Lea y firme todos los documentos
2. Traiga una lista de sus medicamentos.
3. Traiga su tarjeta de seguro médico, licencia de conducir o cualquier otra forma de identificación.
4. Por favor traiga una copia de su Directiva Anticipada, si está disponible.
5. El espacio en la sala de espera es limitado así que por favor traiga solo un familiar o amigo.

### RECUERDE: SI USTED RECIBIRÁ UN SEDANTE PARA SU PROCEDIMIENTO

1. Necesitará un conductor que le lleve a casa después del procedimiento. Usted no puede tomar un taxi o un autobús.
2. No conduzca ni maneje maquinaria hasta el día siguiente.
3. Usted debe evitar tomar decisiones importantes o firmar documentos legales hasta el día siguiente.
4. No tome bebidas alcohólicas durante las siguientes 12 horas después del procedimiento.

# **ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE INFORMATION SHEET**

## **Making Decisions about your Health Care**

All Medicare and Medicaid-certified Ambulatory Surgery Centers are required by Federal law to provide information on Advance Health Care Directives ("AHCD") to their patients, staff and community.

## **What is an Advance Health Care Directive?**

An Advance Health Care Directive is the best way to make sure that your health care wishes are known and considered if for any reason you are unable to speak for yourself.

## **Is an Advance Health Care Directive different from a "living will?"**

The Advance Health Care Directive is now the legally recognized format for a living will in California. An Advance Health Care Directive allows you to state your wishes about refusing or accepting life-sustaining treatment in any situation.

## **Is an Advance Health Care Directive different from a "Durable Power of Attorney for Health Care"?**

The Advance Health Care Directive has replaced the Durable Power of Attorney for Health Care or ("DPAHC") as the legally recognized document for appointing a health care agent in California. The Advance Health Care Directive allows you to do more than a DPAHC. An Advance Health Care Directive permits you not only to appoint an agent, but to give instructions about your own health care.

## **Natural Death Act Declaration. Is it still valid? Do I have to complete a new Advance Health Care Directive?**

All valid Durable Power of Attorney for Health Care ("DPAHC") and Natural Death Act Declarations remain valid. Thus, unless your existing DPAHC has expired, you do not have to complete a new Advance Health Care Directive. A DPAHC executed before 1992 has expired and should be replaced.

Because the new Advanced Health Care Directive gives you more flexibility to state your health care desires, you may wish to complete the new form even if you previously completed a DPAHC or Natural Death Act Declaration. At a minimum, you should review your existing DPAHC or Natural Death Act Declaration to make sure it has not expired and that it still accurately reflects your wishes.

## **Who can complete an Advance Health Care Directive?**

Any California resident who is at least (18) eighteen years old (or is an emancipated minor), of sound mind, and acting of his or her own free will can complete a valid Advance Health Care Directive.

## **Witnessing the document:**

Two people OR a California notary public must witness the signing of the Advance Health Care Directive. Certain persons cannot witness an AHCD. These include the health care providers, their employees and volunteers.

If you elect two people to witness your signature, at least one of these cannot be related to you by blood, marriage, or adoption, or be named in your will.

The involvement of an attorney is not required.

## **Who should have copies of the AHCD?**

Give copies to your agents, physicians, and other designated family members. Bring a copy to the surgery center when you are admitted and it will be placed in your chart and kept as part of your permanent record.

You can update an address or telephone number by writing in the new information and initialing the changes.

Completing a new Advance Directive will automatically revoke any prior one.

## **Where can I get a AHCD form?**

AHCD forms can be downloaded online at:

1. <http://oag.ca.gov/sites/all/files/agweb/pdfs/consumers/ProbateCodeAdvancedHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>
2. <http://www.calhospital.org/sites/main/files/file-attachments/forms3.pdf>

or purchased in Spanish or English at various stationers by calling the California Medical Association at 1-800-786-4262.

# **DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA** **PÁGINA DE INFORMACIÓN**

## **Tomando Decisiones Sobre Su Cuidado Médico**

La ley federal exige que todos los Centros certificados de Cirugía Ambulatoria de Medicare y Medicaid provean información a sus pacientes, al personal y a la comunidad sobre Directivas Médicas Anticipadas ("AHCD" por sus siglas en inglés).

### **¿Qué es una Directiva Médica Anticipada?**

Una Directiva Médica Anticipada es la mejor forma de asegurarse que sus deseos respecto al cuidado médico se sepan y se tomen en cuenta si por alguna razón usted no puede hablar por sí mismo(a).

### **¿Es distinta una Directiva Médica Anticipada a un "Testamento Vital" (conocido como "living will" en inglés)?**

La Directiva Médica Anticipada se ha convertido ahora en el formato legalmente reconocido como un testamento vital en California. Una Directiva Médica Anticipada le permite expresar sus deseos para rechazar o aceptar tratamiento de soporte vital en cualquier situación.

### **¿Es distinta una Directiva Médica Anticipada a un "Poder Notarial Duradero de Cuidados Médicos" (conocido como "Durable Power of Attorney for Health Care" en inglés)?**

La Directiva Médica Anticipada ha reemplazado el Poder Notarial Duradero de Cuidados Médicos o "DPAHC" (por sus siglas en inglés) como el documento legalmente reconocido para designar a un representante/apoderado para los cuidados médicos en California. La Directiva Médica Anticipada le permite hacer más que un DPAHC. Una Directiva Médica Anticipada le permite no solo designar a un representante, pero también dar indicaciones respecto a su propio cuidado médico.

### **Declaración de la Ley de Muerte Natural. ¿Aún es válida? ¿Tengo que tramitar una nueva Directiva Médica Anticipada?**

Todos los Poderes Notariales Duraderos de Cuidados Médicos ("DPAHC") y Declaraciones de la Ley de Muerte Natural continúan siendo válidos. Así que, a menos que su existente DPAHC se haya vencido, no tiene que tramitar una nueva Directiva Médica Anticipada. Un DPAHC que se ha ejecutado antes de 1992 ya se ha vencido y debería ser reemplazado.

Ya que la nueva Directiva Médica Anticipada le otorga mayor flexibilidad para indicar sus deseos para el cuidado médico, debería considerar tramitar un nuevo documento aún si previamente había tramitado un DPAHC o una Declaración de la Ley de Muerte Natural. Por lo menos, debería revisar su DPAHC o Declaración de la Ley de Muerte Natural existente para asegurarse de que no se ha vencido y que aún sigue reflejando con exactitud sus deseos.

### **¿Quién puede tramitar una Directiva Médica Anticipada?**

Cualquier residente de California que tenga por lo menos (18) dieciocho años de edad (o que sea un menor emancipado), que tenga uso pleno de sus facultades mentales, y que actúe por voluntad propia puede tramitar una Directiva Médica Anticipada.

### **Testificar el Documento:**

Dos personas o un notario público de California deben testificar la firma de la Directiva Médica Anticipada. Ciertas personas no pueden testificar un AHCD. Esto incluye a los proveedores médicos, sus empleados y voluntarios.

Si usted elige a dos personas para que testifiquen su firma, por lo menos una de esas personas no puede estar relacionado(a) a usted por consanguinidad, matrimonio, adopción, o estar nombrado(a) en su testamento.

No se requiere que se involucre a un abogado.

### **¿Quién debería recibir copias del AHCD?**

Entregue copias a sus representantes/apoderados, médicos, y a otros miembros de la familia que ha designado. Traiga una copia al centro quirúrgico cuando sea admitido(a), se colocará y se mantendrá como parte de su expediente médico permanente.

Usted puede actualizar cambios a su domicilio o número telefónico al corregir la nueva información y escribir sus iniciales en los cambios.

Sébase que al tramitar una nueva Directiva Médica Anticipada usted revoca automáticamente cualquier copia-previa.

### **¿Dónde puedo conseguir un formulario AHCD?**

Los formularios AHCD se pueden conseguir en línea en:

1. <http://oag.ca.gov/sites/all/files/agweb/pdfs/consumers/ProbateCodeAdvancedHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>
2. <http://www.calhospital.org/sites/main/files/file-attachments/forms3.pdf>

o se pueden comprar en español o inglés en varias papelerías llamando a la California Medical Association (Asociación Médica de California) al 1-800-786-4262.



# TRUXTUN SURGERY CENTER

## DISCHARGE INSTRUCTIONS (INSTRUCCIONES DE ALTA MÉDICA)

### Procedure Performed

- Gastroscopy (EGD)
- Colonoscopy
- Dilatation
- Flexible Sigmoidoscopy
- Foreign Body Removal
- PEG Removal  
(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)

### Procedimiento Administrado

- Gastroscopia
- Colonoscopia
- Dilatación
- Sigmoidoscopia Flexible
- Extracción de Masa Foránea
- Extracción de GEP  
(Gastrostomía Endoscópica Percutánea)

HARPAL S. BHAIKA, M.D.  
 RABI S. BHOGAL, M.D.  
 TABASSUM A. CHOWDHURY, M.D.  
 ROBIN MATUK, M.D.  
 ISHAAN S. KALHA, M.D.  
 5959 TRUXTUN AVE., SUITE 200  
 BAKERSFIELD, CA 93309  
 (661) 324-1203

If you receive a sedative for your procedure (Si usted recibe un sedante para su procedimiento):

- Do not drive or operated machinery until the following day. (No conduzca ni maneje maquinaria hasta el día siguiente.)
- Avoid making critical decisions or signing legal documents until the following day. (Evite tomar decisiones importantes o firmar documentos legales hasta el día siguiente.)

The above instructions have been explained to me. I understand them. I have signed this form prior to receiving sedation. I understand that I will receive a copy of this form to take home.

(Se me han explicado las indicaciones anteriores. Yo las entiendo. He firmado este documento antes de recibir un sedante. Entiendo que se me entregará una copia de este documento para llevar conmigo a casa.)

Yes: No:  
 Sí No

I give my authorization for the responsible adult providing my transportation home/facility (etc) the right to receive my healthcare information and discharge instructions.

(Doy mi autorización para que la persona adulta que se hará responsable de transportarme a casa/el consultorio (etc) tenga el derecho de recibir mi información médica e instrucciones de alta.)

Patient Signature (Firma del Paciente): \_\_\_\_\_

Date (Fecha): \_\_\_\_\_

Time (Hora): \_\_\_\_\_

Nurse Signature (Firma de la Enfermera): \_\_\_\_\_

### Post Procedure Instructions

- 1.) Call your doctor if you have any questions or concerns you wish to discuss regarding your procedure or condition.
- 2.) Call your doctor if you have any increasing abdominal pain, new abdominal distention, new or increased bleeding, nausea, or vomiting, fever (chills), or any difficulty swallowing.

### Diet (Dieta)

- Do not eat or drink until you are able to swallow without difficulty. (Approximately 1/2 to 1 hour after test)  
(No coma ni beba hasta que pueda digerir sin dificultad. Aprox. 1/2 a 1 hora después del examen)
- High Fiber Diet (Dieta Alta en Fibra)
- \_\_\_\_\_

### Additional Instructions (Indicaciones Adicionales)

\_\_\_\_\_

### Indicaciones para Después del Procedimiento

- 1.) Llame a su doctor si tiene cualquier pregunta o preocupación que desee discutir respecto su procedimiento o condición.
- 2.) Llame a su doctor si tiene cualquier tipo de dolor abdominal, nueva distensión (inflamación) abdominal, nuevo o un incremento en el sangrado, náusea, o vómito, fiebre (escalofríos), o cualquier dificultad al digerir.

### Medication (Medicamentos)

- Continue your routine medications unless instructed otherwise (Continúe tomando sus medicamentos de rutina a menos que se le indique lo contrario)
- Begin new medications as prescribed (Empiece a tomar sus nuevos medicamentos de acuerdo a como se indique)
- Do not drink alcoholic beverages for the next 12 hours (No tome bebidas alcohólicas por las siguientes 12 horas)
- \_\_\_\_\_

1. You are scheduled for a follow-up appointment with Dr. \_\_\_\_\_ at his/her office on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_  
 Usted está programado(a) para una consulta de seguimiento con el Dr. (Dra) \_\_\_\_\_ en su oficina el \_\_\_\_\_ (date/fecha) a las \_\_\_\_\_ (time/hora)

2. Please make an appointment to see Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_.  
 Favor de llamar para hacer una consulta con el Dr. (Dra.) \_\_\_\_\_ para (week, month/semana, mes)

3. \_\_\_\_\_ needs scheduled. Dr. \_\_\_\_\_ office will call you with insurance authorization and date.  
 (test procedure visit/visita para el procedimiento) tiene que ser programada. La oficina del Dr. (Dra.) la llamará con la autorización del seguro y la fecha.

4. You are scheduled for \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_  
 Usted está programado(a) para \_\_\_\_\_ (test procedure/procedimiento) el \_\_\_\_\_ (date/fecha) a las \_\_\_\_\_ (time/hora)

5. Dr. \_\_\_\_\_ requests lab work to be done. Enclosed is the lab request slip. Please take to the lab that is approved by your medical insurance. (El Dr. (Dra.) solicita análisis de laboratorio. Se adjunta el formulario de laboratorio. Favor de llevarlo a un laboratorio que esté aprobado por su seguro médico.)

6. \_\_\_\_\_

### Call back information

Date called back: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Nurse's Signature: \_\_\_\_\_

### Follow up calls if needed:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Advance Directive**Yes   
No **TRUXTUN SURGERY CENTER  
ENDOSCOPY NURSING RECORD**

Date/Time in: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Arrived via:  Ambulatory  W/C  Ambulance

Physician: \_\_\_\_\_

**Accompanied by:** \_\_\_\_\_Procedure: EGD  Colonoscopy 

Other: \_\_\_\_\_

 Procedure explained and patient verbalized understanding Consent signed Bracelet and verbal identification

Nursing Plan of Care:

 Airway Management  Monitor LOC Maintain Hemodynamic Stability Patient/Family Teaching NPO Verified \_\_\_\_\_**INITIAL NURSING ASSESSMENT****ALLERGIC TO:** \_\_\_\_\_**PAST SURGERIES:** \_\_\_\_\_**Latex allergy:**  Yes  No

PRE-PROCEDURE DX: \_\_\_\_\_

**MENTAL STATUS:** Alert  Oriented  Confused  Calm  AnxiousSKIN:  Warm  Dry  Pink  Pale Jaundice  Cool  Diaphoretic  CyanoticABDOMEN:  Soft  Non-tender  Flat Distended  Firm  Tender/Location

Presence of Pain: Location \_\_\_\_\_ Scale \_\_\_\_\_

Pain Assessment	
0-3	Mild
4-7	Moderate
8-10	Severe

**VITAL SIGNS:**

Temp \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_

Resp \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_

**PATIENT HAS HAD OR CURRENTLY HAS:** \_\_\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Hypertension	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Heart Problems	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Mitral Valve	<input type="checkbox"/> Prolapse <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Replacement _____
Kidney problem	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Lung Problem	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Sleep Apnea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Aerosol transmissible Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Oxygen use at home	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Liver problem/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Pregnant	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Reaction to drug/contrast	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Past problems w/sedation	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Past problems w/Fentanyl Demerol, Morphine		_____
Benadryl, or Versed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Physical impairments	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Seizures	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
TMJ/Dentures	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Family History of Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
History of Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____

**INTRAVENOUS RECORD**

Site: \_\_\_\_\_ Type and Gauge: \_\_\_\_\_

Solution: \_\_\_\_\_ IV Rate: \_\_\_\_\_

# of attempts: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_

Started by: \_\_\_\_\_

Amount infused: \_\_\_\_\_

**MEDICATIONS**

Current with Dosage	Last Dose

See sheets with medications list **DOES THE PATIENT TAKE:**
 Aspirin  Heparin  Coumadin  Steroids  Plavix  
 Anti-arthritis  Pradaxa
**BOWEL PREP TAKEN:**  Yes  No

How many enemas at home: \_\_\_\_\_

Results:  Clear  Yellow  Brown  Dark  Other

Additional enemas in unit: \_\_\_\_\_ until clear

Final results checked by: \_\_\_\_\_

Nursing Notes/Comments: \_\_\_\_\_

Admitted by: \_\_\_\_\_

IV DC'd with catheter intact:  Yes  No Without redness/tenderness/swelling Redness  Tenderness  Swelling

Heplocked

IV DC'd by: \_\_\_\_\_

**TRUXTUN SURGERY CENTER  
ENDOSCOPY NURSING RECORD**

**PROCEDURE STATISTICS**

Assisting Personnel: \_\_\_\_\_  
Nurse: \_\_\_\_\_  
Circulating Nurse: \_\_\_\_\_  
Tech: \_\_\_\_\_  
Start Time: \_\_\_\_\_ Cecum Time: \_\_\_\_\_  
Finish Time: \_\_\_\_\_

Medication Allergies  Yes \_\_\_\_\_  No \_\_\_\_\_  
Heart Monitor  Yes  No      BP Monitor  Yes  No  
Oximeter  Yes  No      Oxygen  Yes  No  
Time Out  Yes  No      Via \_\_\_\_\_ L/min

**INTRA-PROCEDURE**

Room # 1 2 3 A/D  
**EQUIPMENT USED**

Scope VG # \_\_\_\_\_  
Scope VC # \_\_\_\_\_  
 Forceps # \_\_\_\_\_  
 Dilators  
 Hot Biopsy # \_\_\_\_\_  
 Snare  
Maloney \_\_\_\_\_  
Balloon \_\_\_\_\_  
Pt. Has:     No CP       No SOB  
                  No Heme       Minimal Heme

APC     IRC     Banding  
 Sciero needle     Heater Probe  
Cautery Setting \_\_\_\_\_ ID/Lot # \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_  
 Pad Site: \_\_\_\_\_ Site asymptomatic after pad removed   
 None     Photo

**PATHOLOGY**

Clo       Biopsy  
 Polyp  
 Brushing       Cytology  
 Bile Aspiration  
 Stool Cutures       Stool for O & P  
 Other  
 None

**PAIN ASSESSMENT**

0-3 Mild  
4-7 Moderate  
8-10 Severe

**LEVEL OF CONSCIOUSNESS/LOC**

Responds to:  
1 Verbal Stimuli  
2 Touch  
3 Pain  
4 No Response

**NURSE'S NOTES:**

Time	Notes	Pain Scale

**POST PROCEDURE**

Post-Procedure Diagnosis: \_\_\_\_\_  
SaO2 \_\_\_\_\_ %  
 No Respiratory distress  
 No adverse response to medication  
Patient's overall tolerance  
 Well     Fair     Poor  
Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical Administration Record				
DRUG	Dosage	Route	Times & Initials	LOC
Demerol				
Demerol				
Demerol				
Demerol				
Versed				
Versed				
Versed				
Versed				
Fentanyl				
Fentanyl				
Fentanyl				
Fentanyl				
Narcan				
Romazicon				
Benadryl				
Zofran				
Dyclone 1.0% Gargle				
Cetacaine Spray				
Hurricane Spray				
Levsin				

Identify Initials by Full Signature & Title

- 
- 
- 

**MENTAL STATUS**

Alert     Oriented     Confused     Drowsy/arousable  
**SKIN:**  Warm     Dry     Pink     Pale     Jaundice  
 Cool     Diaphoretic     Cyanotic  
**ABDOMEN:**  Soft     Non-tender    Flat     Distended  
 Firm     Tender/Location

### Cuestionario de Pacientes – Nuestro Compromiso con Usted

Para garantizar que nuestros pacientes reciban tratamiento en un ambiente que promueva la salud y el bienestar, y de acuerdo con los requisitos de OSHA (por sus siglas en inglés) de proveer un lugar de trabajo seguro y saludable, los pacientes que padezcan de enfermedades que son transmisibles por aerosol como paperas, varicela, sarampión, nuevos tipos de gripe, tuberculosis (TB), u otra enfermedad que pudiera transmitirse por gotitas o por transmisión aérea, deberán informarle a nuestra oficina de su condición. (Por favor llame a nuestra oficina al (661) 327-3772 y solicite hablar con el administrador.)

#### Higiene Respiratoria y Buenas Prácticas para la Tos

Durante su estancia en nuestro establecimiento, favor de seguir las siguientes prácticas recomendadas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades:

- Cubra su nariz y/o boca al toser o estornudar;
- Use pañuelos para contener las secreciones respiratorias y deséchelos en el cesto de basura más cercano después de usarlos;
- Lávese las manos con jabón y agua o con gel para manos a base de alcohol después que haya estado en contacto con pañuelos contaminados o secreciones respiratorias, etc.

#### Cuestionario de Pacientes

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Paciente (u otros medios de contacto) \_\_\_\_\_

¿Padece usted de alguna de las siguientes señas o síntomas de enfermedades transmisibles por aerosol? Favor de indicar (Si) o (No) para cada pregunta:

Si No

1. ¿Tiene una enfermedad respiratoria contagiosa que no sea un resfriado/catarro común o influenza estacional? 1. \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido tos por más de tres semanas que no pueda ser explicada por condiciones no contagiosas? 2. \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido ataques de tos que interfieren con el comer, beber, o respirar? 3. \_\_\_\_\_
4. ¿Además de la tos, ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?: 4. \_\_\_\_\_
  - pérdida inexplicable de peso (más de 5 libras)
  - sudoración nocturna
  - fiebre
  - fatiga crónica o malestar
  - toser sangre
5. ¿Ha tenido fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, cansancio, mal apetito, seguido por dolor e inflamación de ganglios salivales en uno o ambos lados del rostro debajo de la quijada? 5. \_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido fiebre, dolor de cabeza, rigidez de cuello, escalofríos, tos, moqueo nasal, u ojos llorosos asociados con el brote de un sarpullido inexplicable (sarpullido disperso o de tipo ampolla en la piel), o posibles cambios del estado mental? 6. \_\_\_\_\_
7. ¿Muestra usted señas y síntomas de una enfermedad parecida a la gripe durante los meses de marzo a octubre, (los meses fuera del periodo típico para la influenza estacional en EE.UU.), o muestra usted las señas y síntomas de la gripe por más de dos semanas a la vez durante el año? Estas señas y síntomas por lo general incluyen una combinación de los siguientes síntomas: tos y otros síntomas respiratorios, fiebre, sudor, escalofríos, dolor muscular, debilidad y malestar. 7. \_\_\_\_\_
8. ¿Ha sido expuesto(a) a cualquier persona que padezca de una enfermedad contagiosa transmisible por aerosol (vea a continuación la lista de dichas enfermedades) aparte de la influenza estacional? 8. \_\_\_\_\_

#### Enfermedades Que Deben Ser Reportadas

- Gripe aviar, gripe nueva del 2009, gripe porcina, o cualquier otro tipo de gripe, excepto la gripe estacional
- Meningitis
- Varicela
- Paperas
- Culebrilla
- Neumonía
- Sarampión
- Parvovirus
- Viruela Símica
- Pertussis o Tosferina
- SRAS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo)
- Faringitis
- Viruela
- Virus de Epstein-Barr
- Tuberculosis o TB
- Estreptococo
- Difteria
- Fiebre Escarlata
- Haemophilus influenza tipo b o Hib
- Cualquier tipo nuevo de enfermedad contagiosa

# Stericycle

Protecting People. Reducing Risk.

Steri•Safe

# OSHA

program

## Patient Questionnaire – Our Commitment to You

To ensure that our patients are treated in an environment that promotes health and wellbeing, and in accordance with OSHA requirements for providing a safe and healthful workplace, patients suffering from aerosol transmissible illnesses such as mumps, chickenpox, measles, new types of flu, TB, or other illnesses that may be spread by droplets or by airborne transmission should make our office aware of their condition. **Please call our office at (661) 327-3772 and ask to speak with the administrator.**

### Respiratory Hygiene and Cough Etiquette

During your time in our facility, please be sure to observe the following practices recommended by the Centers for Disease Control and Prevention:

- Cover your nose and/or mouth when coughing or sneezing;
- Use tissues to contain respiratory secretions and dispose of them in the nearest waste receptacle after use;
- Wash your hands with soap and water or with alcohol hand-gel after you have had contact with contaminated tissues or respiratory secretions, etc.

### Patient Questionnaire

Today's Date \_\_\_\_\_

Patient's Name \_\_\_\_\_

Patient's Phone Number  
(or other means of contact) \_\_\_\_\_

Are you suffering from any of the following signs or symptoms of aerosol transmissible illnesses?

Please check (Yes) or (No) for each question:

- |   | (Yes)    | (No)  |
|---|----------|-------|
| 1. Do you have a transmissible respiratory illness other than the common cold or seasonal influenza?  | 1. _____ | _____ |
| 2. Have you had a cough for more than three weeks that is not explained by non-infectious conditions?   | 2. _____ | _____ |
| 3. Have you had coughing fits that interfere with eating, drinking, or breathing?   | 3. _____ | _____ |
| 4. In addition to cough, have you experienced: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unexplained weight loss (more than 5 pounds)</li> <li>• fever</li> <li>• night sweats</li> <li>• chronic fatigue or malaise</li> <li>• coughing up blood</li> </ul>   | 4. _____ | _____ |
| 5. Have you had fever, headache, muscle aches, tiredness, poor appetite, followed by painful, swollen salivary glands on one or both sides of the face under the jaw?   | 5. _____ | _____ |
| 6. Have you had fever, headache, stiff neck, chills, cough, runny nose, or watery eyes associated with the onset of an unexplained rash (diffuse rash or blister-type skin rash), or possibly mental status changes?  | 6. _____ | _____ |
| 7. Do you show signs and symptoms of a flu-like illness during March through October, (the months outside of the typical period for seasonal influenza in the United States), or do you show the signs and symptoms of flu for longer than two weeks at any time during the year? These signs and symptoms generally include combinations of the following: coughing and other respiratory symptoms, fever, sweating, chills, muscle aches, weakness and malaise. | 7. _____ | _____ |
| 8. Have you been exposed to anyone with an infectious aerosol transmissible illness other than the seasonal influenza? (see below for list of such illnesses)   | 8. _____ | _____ |

### Illnesses That Should Be Reported

- Avian flu, novel 2009 flue, swine flu, or any other type of flu other than seasonal flu
- Chickenpox
- Shingles
- Measles
- Monkeypox
- SARS
- Smallpox
- Tuberculosis or TB
- Diphtheria
- *Haemophilus influenzae* type b or Hib
- Meningitis
- Mumps
- Pneumonia
- Parvovirus
- Pertussis or
- Pharyngitis
- Epstein-Barr virus
- Strep
- Scarlet fever
- Any new type of infectious illness





# Truxtun Surgery Center, Inc

## NOTICE TO CONSUMERS

TRUXTUN SURGERY CENTER'S MEDICAL DOCTORS ARE  
LICENSED AND REGULATED BY:

THE MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA  
1(800)633-2322  
[www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)

I, \_\_\_\_\_, understand my physician is licensed and  
regulated by the board.

According to Section 2018, Business and Professions Code;  
Reference; Sections 138 and 680, Business and Professions Code.

**Patient Signature** \_\_\_\_\_

**Date/Time** \_\_\_\_\_



# Truxtun Surgery Center, Inc

## AVISO A CONSUMIDORES

LOS DOCTORES MÉDICOS DEL TRUXTUN SURGERY CENTER ESTÁN  
CERTIFICADOS Y GOBERNADOS POR:

THE MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA  
1(800)633-2332  
[www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que mi médico está certificado y  
gobernado por el consejo médico.  
De acuerdo al Artículo 2018, del Código de Empresas y Profesiones;  
Referencia; Artículos 138 y 680, Código de Empresas y Profesiones.

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha/Hora** \_\_\_\_\_



## ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE DISCLOSURE STATEMENT

I have been informed regarding Truxtun Surgery Center's policy on Advance Health Care Directives. By signing below, I am acknowledging my awareness of this policy.

Do you have an Advance Health Care Directive you want to keep on record at Truxtun Surgery Center?

- YES – I will provide a copy of my Advance Health Care Directive to Truxtun Surgery Center to keep in my record.
- No – I do not have or do not wish to provide Truxtun Surgery Center with an Advance Health Care Directive. Should this change in the future; I will provide my Advance Directive to Truxtun Surgery Center at that time.

This I attest to under penalty of perjury by signing this document agree that the above information is true and correct.

---

Patient's Signature

Date

---

Truxtun Surgery Center  
4260 Truxtun Avenue, Suite 120, Bakersfield, CA 93309

**TRUXTUN SURGERY CENTER'S ADVANCE DIRECTIVE POLICY:** Regardless of the contents of the advance directive or attorney in fact, it is the policy of Truxtun Surgery Center to initiate resuscitative measures and prepare patients for transfer to an acute care hospital for further evaluation. On transfer, a copy of the advanced directive will be sent with the patient, if available.



## DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA CLÁUSULA DE DIVULGACIÓN

Se me ha informado sobre la política del Truxtun Surgery Center sobre las Directivas Médicas Anticipadas. Al firmar a continuación, estoy aceptando que entiendo esta política.

¿Tiene usted alguna Directiva Médica Anticipada que desee archivar con el Truxtun Surgery Center?

Sí – Le proveeré al Truxtun Surgery Center una copia de mi Directiva Médica Anticipada para mantenerla en mi expediente.

No – No tengo ni deseo proveerle al Truxtun Surgery Center una Directiva Médica Anticipada. Si esto llegara a cambiar en el futuro, yo le entregaré al Truxtun Surgery Center mi Directiva Médica Anticipada en ese momento.

Testifico bajo pena de perjurio que al firmar este documento confirmo que la información previa es verdadera y correcta.

---

Firma del Paciente

Fecha

---

Truxtun Surgery Center  
4260 Truxtun Avenue, Suite 120, Bakersfield, CA 93309

**POLÍTICA DE DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA DEL TRUXTUN SURGERY CENTER** A pesar de los contenidos de la directiva médica anticipada o del apoderado legal, es la política del Truxtun Surgery Center iniciar medidas de resucitación y preparar a los pacientes para el traslado a un hospital de cuidados intensivos para una evaluación más a fondo. Al trasladar, se enviará una copia de la directiva anticipada con el paciente, si hay una disponible.



# Truxtun Surgery Center, Inc

## FINANCIAL AGREEMENT

1. It is my understanding that Truxtun Surgery Center, and Physicians will both bill my primary and secondary insurance companies for services. In addition the surgery center shall not be personally responsible for payment of the surgical center and physician fees. Should the account(s) be referred to an attorney, licensed collection agency or small claims court for collection, the undersigned shall pay all reasonable attorneys fee's including surgical center and physician expenses. All outstanding balances unpaid after thirty (30) days from the date of insurance reimbursement will bear interest at 10% per annum. I understand that, as a courtesy, the surgical center will file my primary and secondary insurance. After sixty (60) days from the date of the procedure that total balance will be considered due.
2. I authorize the release of any medical information necessary to process this claim. I understand I am financially responsible for the unpaid balance of all accounts in the event this authorization is insufficient to liquidate my account. I hereby assign and transfer any benefits due me, or my dependents, for the services provided for Truxtun Surgery Center, professional surgical services, and professional anesthesia services as designated.

SURGERY CENTER BENEFITS TO: Truxtun Surgery Center, Inc.  
 4260 Truxtun Avenue, Suite 120  
 Bakersfield, Ca 93309

3. A photo static copy of this assignment shall be considered effective and valid as the original.
4. Truxtun Surgery Center shall not be liable for loss or damage to money and valuables. In addition, the surgery center shall not be liable for any loss or damage to any other personal property such as clothing.
5. I understand that Truxtun Surgery Center shall have the right at any time to refuse to admit me or provide medical care or treatment for me.

I certify that I am a patient, or am duly authorized by the patient's general agent to execute this document and accept its terms.

6. I hereby acknowledge and am aware of the fact that my treating physician has an ownership interest in this surgical facility. I have elected, however to use this facility.

**SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **RELATIONSHIP** \_\_\_\_\_

**WITNESS** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_ **TIME** \_\_\_\_\_



# Truxtun Surgery Center, Inc

## ACUERDO FINANCIERO

1. Entiendo que el Truxtun Surgery Center y los Médicos enviarán el cobro por los servicios prestados a mis compañías de seguro primario y secundario. Además, el centro quirúrgico no se hará personalmente responsable el pago por las cuotas del centro quirúrgico y de los médicos. En caso que la cuenta(s) se transfieran a un abogado, empresa de colección autorizada o tribunal de reclamos menores, el suscrito deberá pagar todas las cuotas razonables de abogados, incluyendo los gastos del centro quirúrgico y de médicos. Todos los saldos pendientes que hayan sobrepasado treinta (30) días de la fecha de reembolso del seguro, conlleva un interés del 10% por año. Entiendo que, como cortesía, el centro quirúrgico enviará cobros a mi seguro primario y secundario. Después de sesenta (60) días de la fecha del procedimiento, ese saldo pendiente se considerará vencido.
2. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica que sea necesaria para procesar este reclamo. Entiendo que soy económicamente responsable por el saldo pendiente de todas las cuentas en caso que esta autorización no baste para liquidar mi cuenta. Por la presente asigno y transfiero cualquier beneficio que de otro modo se me pagaría directamente, o a mis dependientes, por los servicios proporcionados por el Truxtun Surgery Center, servicios quirúrgicos profesionales, y servicios profesionales de anestesia como haya sido designado.

CENTRO QUIRÚRGICO BENEFICIOS A: Truxtun Surgery Center, Inc.

4260 Truxtun Avenue, Suite 120  
Bakersfield, Ca 93309

3. Una copia fotostática de esta designación será considerada como válida y efectiva de igual forma que la original.
4. El Truxtun Surgery Center no se hará responsable por la pérdida o daño de dinero y objetos de valor. Además, el centro quirúrgico no se hará responsable por cualquier pérdida o daño a cualquier propiedad personal, como ropa por ejemplo.
5. Entiendo que el Truxtun Surgery Center tendrá el derecho, en cualquier momento, de negarse a admitirme o darme atención o tratamiento médico.

Certifico que soy un paciente, o estoy debidamente autorizado(a) por el representante general del paciente para ejecutar y aceptar sus términos.

6. Por la presente reconozco y estoy consciente del hecho que mi médico tiene un interés de propietario en este establecimiento quirúrgico. He elegido, sin embargo, hacer uso de este establecimiento.

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO** \_\_\_\_\_

**TESTIGO** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_ **HORA** \_\_\_\_\_





# Truxtun Surgery Center, Inc

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA ARTÍCULOS DE VALOR y USO DE LA TECNOLOGÍA PARA LA VIDEOGRABACIÓN

El personal del Truxtun Surgery Center desea que su visita con nosotros sea lo más breve y agradable posible. Para su seguridad, le ofrecemos casilleros/lockers para guardar todas sus pertenencias de valor. Se le exige que deje todo aparato electrónico dentro del casillero ya que podría ponerle en peligro a usted, otros pacientes, visitantes, y al equipo de endoscopia. Además, podría interferir con nuestro equipo de endoscopia durante el procedimiento.

El **Truxtun Surgery Center** no se hará responsable por la pérdida o daño a artículos personales y de valor.

Además, grabar video en un aparato electrónico sin autorización previa está estrictamente prohibido.

LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DEBE SER FIRMADA AL SER INGRESADO(A)

P	<input type="checkbox"/> Yo, (nombre) _____ he leído y entendido la
A	declaración anterior y mis preguntas, si las hay, han sido contestadas a mi
C	satisfacción. Acepto la responsabilidad de mis artículos personales y de valor
I	durante mi visita al Truxtun Surgery Center.
E	_____
N	<input type="checkbox"/> FIRMA _____
T	TESTIGO _____
E	<input type="checkbox"/> FECHA _____ <input type="checkbox"/> HORA _____





# Truxtun Surgery Center, Inc.

4260 Truxtun Avenue, Suite 120 • Bakersfield, Ca 93309 • 661.327.3636

## What is an Ambulatory Surgery Center (ASC)?

ASC's are facilities for Surgical patients who do not need to be admitted to the hospital. ASC patients typically arrive for admission, have surgery performed in a full-service operating room with specialized staff, recover safely and quickly from anesthesia/conscious sedation and return home within hours of their surgery. Some procedures require patients to stay for several hours to allow nurses to monitor their recovery.

## What types of surgeries are performed at ASCs?

Depending on the ASC, the center may specialize in one service line such as endoscopy while other centers may offer multi-specialties such as ear, nose and throat procedures, general procedures, orthopedic procedures and podiatry procedures.

**You have selected Truxtun Surgery Center, a federally recognized Medicare Certified Ambulatory Surgery Center, for your health care services. Your physician may have an ownership interest in the Surgery Center. As a patient, you have the right to be informed of all physician owners in this facility. Physician owners are: Dr. Rabinder Bhogal; NPI 1194730994, Dr. Harpal Bhaika; NPI 1982619763, Dr. Anil Mehta; NPI 1992718852, Dr. Tabassum Chowdhury; NPI 1942215751, Dr. Robin Matuk; NPI 1245320563 Dr. Ishaan Kalha; NPI 1053567339**

## Why Choose an ASC?

ASCs are on the cutting edge of technology often utilizing the most current surgical innovations with the least invasive techniques allowing patients to return to their normal lifestyle sooner. ASCs are efficient, understanding that everyone's time is important. Their convenient surgical flow allows you less wait time and less bureaucracy and offers patient-friendly family-centered environments.

Many ASCs have undergone a rigorous accreditation process performed by an independent accrediting agency. You may find these accreditations posted in your local ASC. These accreditations may include The Joint Commission (JC), the American Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities (AAAASF), or the Institute for Medical Quality (IMQ).



# Truxtun Surgery Center, Inc.

4260 Truxtun Avenue, Suite 120 • Bakersfield, Ca 93309 • 661.327.3636

## ¿Qué es un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC en inglés)?

ASCs son instalaciones para pacientes que requieren cirugía y que no requieren ser admitidos al hospital. Pacientes de ASC típicamente vienen para ser admitidos, se les administra la cirugía dentro de un quirófano de atención primaria con personal especializado, se recuperan sin problemas y rápidamente de la anestesia/anestesia local y vuelven a casa en un par de horas después de la cirugía. Algunos procedimientos requieren que los pacientes permanezcan en el centro por varias horas para permitir que las enfermeras monitoreen su recuperación.

## ¿Qué tipo de cirugías se llevan a cabo en ASCs?

Dependiendo del ASC, el centro podría especializarse en un tipo de servicio específico como el de endoscopia por ejemplo, mientras que otros centros podrían ofrecer múltiples especialidades como procedimientos otorrinolaringólogos, generales, ortopédicos y de podología.

**Usted ha elegido para sus servicios al Truxtun Surgery Center, un Centro de Cirugía Ambulatoria Certificado con reconocimiento federal para el cuidado médico. Su médico podría tener Intereses de Propietarios dentro del Centro Quirúrgico. Como paciente, usted tiene el derecho a información sobre todos los médicos propietarios de este establecimiento. Los médicos propietarios son: Dr. Rabinder Bhogal; NPI 1194730994, Dr. Harpal Bhaika; NPI 1982619763, Dr. Anil Mehta; NPI 1992718852, Dr. Tabassum Chowdhury; NPI 1942215751, Dr. Robin Matuk; NPI 1245320563 Dr. Ishaan Kalha; NPI 1053567339**

## ¿Por qué elegir a un ASC?

ASCs están en la vanguardia de la tecnología, frecuentemente utilizando las innovaciones quirúrgicas más actualizadas que involucran las técnicas menos invasivas, lo cual permite que los pacientes regresen a sus actividades normales más pronto. ASCs son eficientes, entienden la importancia del tiempo de cada paciente. Su eficiente coordinación quirúrgica disminuye el tiempo de espera, reduce la burocracia administrativa y ofrece entornos accesibles para los pacientes, centrados en la familia.

Muchos ASCs han sido sometidos a un riguroso proceso de acreditación por parte de una agencia independiente de acreditación. Usted puede encontrar estas acreditaciones publicadas dentro de su ASC local. Estas acreditaciones pueden incluir, por sus nombres en inglés, The Joint Commission (JC), la American Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities (AAAASF), o la Institute for Medical Quality (IMQ).



# Patient Rights and Responsibilities:

This Surgery Center has adopted the following list of Rights and Responsibilities for Patients:

## PATIENT RIGHTS:

The patient has the right to:

1. Treatment without regard to sex, or cultural, economic, educational, or religious background or the source of payment for his/her care.
2. Considerate and respectful care.
3. The knowledge of the name of the physician who has primary responsibility for coordinating his/her care and the names and professional relationships of other physicians who will see him/her and the credentials of health care professionals involved in his/her care.
4. Receive information from his/her physician about his/her illness, his/her course of treatment, and his/her prospects for recovery in terms he can understand. When it is medically inadvisable to give such information to a patient, the information is provided to a person designated by the patient or to a legally authorized person.
5. Receive the necessary information about any proposed treatment or procedure to give informed consent or to refuse this course of treatment. Except in emergencies, this information shall include a description of the procedure or treatment, the medically significant risks involved in this treatment, alternate course of treatment or non-treatment and the role involved in each, and the name of the person who would carry out the treatment or procedure.
6. Participate actively in decisions regarding his/her medical care. To the extent permitted by law, this includes the right to refuse treatment.
7. Full consideration of privacy concerning his/her medical care program. Case discussion, consultation, examination, and treatment are confidential and shall be conducted discretely. The patient has the right to be advised as to the reason for the presence of any individual.
8. Confidential treatment of all communications and records pertaining to his/her care. His/her written permission shall be obtained before his/her medical records are made available to anyone not concerned with his/her care.
9. Reasonable responses to any reasonable request he/she makes for services.
10. Reasonable continuity of care and to know in advance the time and location of appointments as well as the physician providing the care.
11. Be advised if physician proposes to engage in or perform human experimentation affecting his/her care or treatment. The patient has the right to refuse to participate in such research projects.

12. Be informed by his/her physician or designee of his/her continuing health care requirements.
13. Examine and receive an explanation of his/her bill regardless of source of payment.
14. Have all patient's rights explained to the person who has legal responsibility to make decisions regarding medical care on behalf of the patient.
15. Express any grievances or suggestions verbally or in writing to Center-Management and/or the Institute for Medical Quality at (415) 882-5151, California Department of Public Health at (661) 336-0543, Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

## PATIENT RESPONSIBILITIES:

Good communication is essential to a successful physician-patient relationship. To the extent possible, patients have a responsibility to be truthful and to express their concerns clearly to their physicians.

1. Patients have a responsibility to provide a complete medical history, to the extent possible, including information about past illnesses, medications, including over the counter products and dietary supplements and any allergies or sensitivities, hospitalizations, family history of illness, and other matters relating to present health.
2. Patients have a responsibility to request information or clarification about their health status or treatment when they do not fully understand what has been described.
3. Once patients and physicians agree upon the goals of therapy, patients have a responsibility to cooperate with the treatment plan.  
  
Compliance with physician instructions is often essential to public and individual safety. Patients also have a responsibility to disclose whether previously agreed upon treatments are being followed and to indicate when they would like to reconsider the treatment plan.
4. Patients generally have a responsibility to meet their financial obligations with regard to medical care or to discuss financial hardships with their physicians.
5. Patients should inform their provider about any living will, medical power of attorney, or other advance directive that could affect their care.
6. Patients should also have an active

- interest in the effects of their conduct on others and refrain from behavior that unreasonably places the health of others at risk.
7. Patients should inquire as to the means and likelihood of infectious disease transmission and act upon that information which can best prevent further transmission.
  8. Patients are responsible for providing a responsible adult to transport him/her home from the facility and remain with him/her for 24 hours, if required by his/her provider.

## ADVANCE DIRECTIVES

The Advance Health Directive is now the legally recognized format for a living will in California. An Advance Health Care Directive allows you to state your wishes about refusing or accepting life-sustaining treatment in any situation. AHCD terms can be downloaded online at:

1. <http://oag.ca.gov/sites/all/files/agweb/pdfs/consumers/ProbateCodeAdvanceHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>
2. <http://www.calhospital.org/sites/main/files/file-attachments/forms3.pdf>

## TRUXTUN SURGERY CENTER'S ADVANCE DIRECTIVE POLICY

The majority of the procedures at Truxtun Surgery Center are considered to be of minimal risk. Of course, no procedure is without risk. You and your gastroenterologist will have to discuss the specifics of your procedure, the risks associated with your procedure, the expected recovery and the care after your procedure.

Regardless of the contents of the advance directive or attorney in fact, it is the policy of Truxtun Surgery Center to initiate resuscitative measures and prepare patients for transfer to an acute care hospital for further evaluation. On transfer, a copy of the advance directive will be sent with the patient, if available.

I received information on patient rights, patient responsibilities, physician disclosure and advance directive policy at least one day in advance of my procedure.

(Date)

(Print Name)

(Signature)



## Derechos y Responsabilidades del Paciente:

Este Centro Quirúrgico ha adoptado la siguiente lista de Derechos y Responsabilidades para los Pacientes:

### DERECHOS DEL PACIENTE:

El paciente tiene el derecho a:

1. Tratamiento sin tomar en cuenta el género, entorno cultural, económico, educacional o religioso, o la fuente de pago para su cuidado.
2. Atención considerada y respetuosa.
3. Saber el nombre del médico que estará a cargo de coordinar su cuidado, los nombres y relaciones profesionales de otros médicos que le atenderán, y las credenciales de los profesionales de salud que estarán involucrados en su cuidado.
4. Recibir información de su médico respecto a su enfermedad, tratamiento, y su pronóstico de recuperación en términos que pueda entender. En casos que no sean médicamente aconsejables compartir dicha información con el paciente, se entregará la información a la persona que ha sido designada por el paciente o a la persona que ha sido legalmente autorizada.
5. Recibir la información necesaria sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto para dar un consentimiento informado o rechazar el tratamiento. Excepto en emergencias, esta información deberá incluir una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicos significativos involucrados en este tratamiento, tratamiento alternativo o ningún tratamiento y lo que involucra cada opción, y el nombre de la persona que llevaría a cabo el tratamiento o procedimiento.
6. Participar activamente en las decisiones respecto a su cuidado médico. Al grado que lo permita la ley, esto incluye el derecho de rechazar tratamiento.
7. Una consideración total de privacidad respecto a su programa de cuidado médico. La discusión del caso, consulta, su análisis y el tratamiento son confidenciales y deberán conducirse discretamente. El paciente tiene derecho a que se le informe la razón por la presencia de cualquier individuo.
8. Trato confidencial de toda comunicación y archivos relacionados a su cuidado. Se conseguirá autorización por escrito antes de compartir información de los expedientes médicos con cualquier persona que no esté relacionado(a) a su cuidado.
9. Respuestas razonables a cualquier petición razonable que haga para los servicios.
10. Continuidad razonable del cuidado y el saber por avanzado el tiempo y lugar de las citas, además de saber el nombre del médico que le atenderá.
11. Que se le informe si el médico propone participar en o llevar a cabo experimentación en humanos que afecten su cuidado o tratamiento. El paciente tiene el derecho de rechazar participar en dicho tipo de proyectos de investigación.

12. Que le informe su médico o persona designada sobre los requisitos para el cuidado médico continuo.
13. Examinar y recibir una explicación de su factura sin importar la fuente de pago.
14. Que se le expliquen todos los derechos del paciente a la persona que tiene una responsabilidad legal de tomar decisiones sobre el cuidado médico en representación del paciente.
15. Expresar cualquier queja o sugerencia verbalmente o por escrito a la Gerencia del Centro y/o al Institute for Medical Quality al (415) 882-5151, Departamento de Salud Pública de California al (661) 336-0543, Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

La buena comunicación es esencial para una relación exitosa de médico y paciente. Al grado que sea posible, los pacientes tienen la responsabilidad de hablar con la verdad y expresar sus preocupaciones a sus médicos.

1. Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer un historial médico completo, al grado que sea posible, incluyendo información sobre enfermedades pasadas, medicamentos, incluyendo productos sin receta y suplementos dietéticos, cualquier alergia o sensibilidad, hospitalización, antecedentes familiares de enfermedades, y otras cuestiones relacionadas a la salud actual.
2. Los pacientes tienen la responsabilidad de solicitar información o aclaración sobre el estado de su salud o su tratamiento cuando no entienden completamente lo que se ha descrito.
3. Una vez que los pacientes y los médicos estén de acuerdo con los objetivos de la terapia, los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar con el plan de tratamiento.  
El cumplimiento de las indicaciones médicas es esencial para la seguridad pública e individual. Los pacientes también tienen la responsabilidad de revelar si están siguiendo los tratamientos que previamente se habían acordado e indicar cuando desean se reconsiderare el plan de tratamiento.
4. Por lo general, los pacientes tienen la responsabilidad de cumplir con sus obligaciones económicas respecto a la atención médica o de discutir sus problemas económicos con sus médicos.
5. Los pacientes deben informarle a su proveedor sobre cualquier testamento vital, poder notarial médico, u otra directiva anticipada que pudiera afectar su cuidado.
6. Los pacientes también deben tener un interés

activo en los efectos de su conducta sobre otros y abstenerse del comportamiento que irrazonablemente pone en riesgo la salud de los demás.

7. Los pacientes deben preguntar sobre los medios y la probabilidad de transmisión de enfermedades contagiosas y tomar decisiones respecto a esa información que pudiera prevenir mayor contagio.
8. Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer a un adulto responsable que los transporte de casa al establecimiento y que permanezca con ellos por 24 horas si el proveedor médico lo exige.

### DIRECTIVA ANTICIPADA

La Directiva Médica Anticipada se ha convertido ahora en el formato legalmente reconocido como un testamento vital en California. Una Directiva Médica Anticipada le permite expresar sus deseos para rechazar o aceptar tratamiento de soporte vital en cualquier situación. Los formularios de AHCD pueden descargarse en línea en:

1. <http://oag.ca.gov/sites/all/files/agweb/pdfs/consumers/ProbateCodeAdvanceHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>
2. <http://www.calhospital.org/sites/main/files/file-attachments/forms3.pdf>

### POLÍTICA DE DIRECTIVA ANTICIPADA DEL TRUXTUN SURGERY CENTER

La mayoría de los procedimientos en el Truxtun Surgery Center son considerados ser de mínimo riesgo. Sin embargo, ningún procedimiento está libre de riesgo. Usted y su gastroenterólogo tendrán que discutir los detalles específicos de su procedimiento, los riesgos asociados con su procedimiento, el tiempo de recuperación y el cuidado después de su procedimiento.

A pesar de los contenidos de la directiva médica anticipada o del apoderado legal, es la política del Truxtun Surgery Center iniciar medidas de resucitación y preparar a los pacientes para el traslado a un hospital de cuidados intensivos para una evaluación más a fondo. Al trasladar, se enviará una copia de la directiva anticipada con el paciente, si hay una disponible.

He recibido información sobre los derechos de pacientes, responsabilidades de pacientes, política de divulgación médica y de la directiva anticipada por lo menos un día antes de mi procedimiento.

(Fecha)

(Nombre en Letra de Mòde)

(Firma)



**PRIVACY NOTICE  
PATIENT CONSENT FORM**

The Department of Health and Human Services has established a "Privacy Rule" to help insure that personal health care information is protected for privacy. The Privacy Rule was also created in order to provide a standard for certain health care providers to obtain their patients consent for uses and disclosures of health information about the patient to carry out treatment, payment, or health care options.

As our patient we want you to know that we respect the privacy of your personal medical records and will do all we can to secure and protect that privacy. We strive to always take reasonable precautions to protect your privacy. When it is appropriate and necessary, we provide the minimum necessary information to only those we feel are in need of your health care information and information about treatment.

We also want you to know that we support your full access to you medical records. We may have indirect treatment relationships with you (such as laboratories that only interact with physicians and not patients,) and may have to disclose personal health information for purposes of treatment, payment, or health care operations. These entities are most often not required to obtain patient consent.

You may refuse to consent to the use of disclosure of your personal health information, but this must be in writing. Under this law, we have the right to refuse to treat you should you choose to refuse to consent to disclose your Personal Health Information (PHI). If you choose to give consent in this document, at some future time you may request to refuse all or part of your PHI. You may not revoke actions that have already taken which relied on this or a previously signed consent.

If you have any objections to this form, please ask to speak with our HIPAA privacy officer.

You have the right to review our privacy notice, to request restrictions and revoke consent in writing after you have reviewed our privacy notice.

**Print Name:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

.....  
**COMPLIANCE ASSURANCE NOTIFICATION FOR OUR PATIENTS**  
.....

To Our Valued Patients,

The misuse of Personal Health Information (PHI) has been identified as a national problem causing patients inconvenience, aggravation, and money. We want you to know that all of our employees, managers, and doctors continually undergo training so that they may understand and comply with government rules and regulations regarding the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) with particular emphasis on the "Privacy Rule." We achieve the very highest standards of ethics and integrity in performing services for our patients.

It is our policy to properly determine appropriate use of PHI in accordance with the government rule, laws, and regulations. We want to ensure that our practice never contributes in any way to the growing problem of improper disclosure of PHI. As part of this program, we have implemented 3 Compliance Programs that we believe will help us prevent any inappropriate use of PHI.

We also know that we are not perfect! Because of this fact, our policy is to listen to our employees and our patients without any thought of penalization if they feel that an event in any way compromises our policy of integrity. More so, we welcome your input regarding any service problem so that we may remedy the situation properly.

Thank you for being one of our highly valued patients.



**AVISO DE PRIVACIDAD  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Norma de Privacidad" para ayudar a garantizar que la información personal de la salud sea protegida para su privacidad. La Norma de Privacidad también fue creada para proveer un estándar para ciertos proveedores de cuidado médico para así obtener el consentimiento de sus pacientes para uso y divulgaciones de la información de salud respect al paciente para poder llevar a cabo el tratamiento, pago, u opciones de cuidado de la salud.

Como nuestro paciente, queremos informarle que respetamos la privacidad de sus expedientes médicos personales y haremos todo lo posible para resguardar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por siempre tomar precauciones razonables para proteger su privacidad. En casos que son adecuados y necesarios, solo proporcionamos la más mínima información necesaria a aquellos que creemos requieren su información de salud y de tratamiento.

También le informamos que apoyamos el acceso total a sus propios expedientes médicos. Podemos llegar a tener relaciones indirectas de tratamiento con usted (como con laboratorios en las que solo interactúan con médicos y no pacientes,) y es posible que tengamos que revelar información personal médica para los propósitos del tratamiento, pago, o funciones del cuidado médico. La mayoría del tiempo, a estas entidades no se les exige conseguir el consentimiento del paciente.

Usted puede negarse a dar su consentimiento respect a la divulgación de dicha información personal médica, pero se debe tramitar por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho de rehusarnos a darle tratamiento si usted se niega a dar su consentimiento respect a la divulgación de su Información Personal Médica (IPM, PHI por sus siglas en inglés.) Si usted elige dar su consentimiento en este documento, en el futuro, usted puede solicitar negarse a compartir toda o parte de su IPM. Usted no puede revocar las acciones que ya han ocurrido, las cuales se basaron en este o en algún consentimiento previo que haya firmado.

Si usted tiene alguna objeción a este formulario, favor de solicitar hablar con nuestro oficial de privacidad de HIPAA (por sus siglas en inglés.)

Usted tiene el derecho de repasar nuestra notificación de privacidad, de solicitar restricciones y revocar su consentimiento por escrito después de haber repasado nuestra notificación de privacidad.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Usar Letra de Molde)

**NOTIFICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO PARA NUESTROS PACIENTES**

Para Nuestros Pacientes Altamente Valordaos:

El mal uso de la Información Personal Médica (IPM) ha sido identificado como un problema nacional que le ha ocasionado a pacientes inconveniencias, agravación, y dinero. Queremos informarles que todos nuestros empleados, supervisors, y médicos continuamente reciben capacitación para que puedan entender y cumplir con las reglas y regulaciones gubernamentales respect a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) con un énfasis especial en la "Regla de Privacidad." Logramos alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en el desempeño de servicios para nuestros pacientes.

Es nuestra política determinar adecuadamente el uso apropiado de la IPM de acuerdo con la regla gubernamental, las leyes, y las regulaciones. Queremos garantizar que nuestra práctica jamás contribuya en cualquier manera al creciente problema del mal uso de la divulgación de la IPM. Como parte de este programa, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que creemos nos ayudará a prevenir cualquier uso inapropiado de la IPM.

También sabemos que ¡no somos perfectos! Debido a esta realidad, nuestra política es de escuchar a nuestros empleados y a nuestros pacientes sin pensar en sanciones si ellos creen que algún evento pone en riesgo, de cualquier forma, nuestra política de integridad. Aun más, apreciamos sus comentarios respect a cualquier problema relacionado a los servicios para así poder resolver esa situación inmediatamente.

Gracia por ser uno de nuestros pacientes más valordaos.