

El permiso para la Administración de la Anestesia: Por la presente solicito y autorizo a _____, MD y / o _____ MD / Do / CRNA, (en conjunto, mi "anestesiólogo"), que se anticipa razonablemente que participe activamente en la administración de la anestesia, de administrar la anestesia y cumplirán con los procedimientos de anestesia que sean necesarios y como se describe a continuación. En New York GI Center, la técnica de anestesia utilizada para la endoscopia es Anestesia Monitoreada. Esta técnica consiste en la inyección en la línea intravenosa produciendo estado semiconsciente, con respiración espontánea, y el suplemento de oxígeno por cánulas nasales o mascarilla. Amnesia para el procedimiento es usual, con un mínimo de dolor experimentado.

Procedimiento, Riesgo, Beneficios y Alternativas: Mi Anestesiólogo ha explicado: (a) la naturaleza y finalidad de la anestesia: (b) formas alternativas de anestesia, así como los riesgos y beneficios de este tipo de anestesia alternativa relevantes: (c) resultados clínicos venideros si no elegir que la anestesia se propone: (d) los posibles beneficios y los posibles riesgos, efectos secundarios y las complicaciones asociadas con la anestesia, y (e) la probabilidad de alcanzar los objetivos de atención, tratamiento y servicios. No obstante, autorizo a la administración de la anestesia se indicó anteriormente y el uso de otras técnicas y procedimientos anestésicos que se consideren necesarios o convenientes a mi anestesiólogo durante el procedimiento (s) a las que he consentido, incluidos procedimientos anestésicos adicionales o modificados que puedan llegar a ser necesario.

No hay Garantías: Reconozco que no ofrece garantías o seguridades sobre la administración de la anestesia o la realización de procedimientos de anestesia.

Libерación de Información médica: Autorizo al Centro NYGI para liberar mi información personal de salud: (a) a cualquier proveedor de atención médica que solicita para mi tratamiento o con fines de pagos o servicios cuidado de la salud de ese proveedor, (b) a cualquier persona o entidad que pueda ser responsable de la facturación y / o cobro de facturas de servicios médicos o productos proporcionados por el centro, (c) a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de todo o parte de los gastos del centro, incluyendo, pero no limitado a, los seguros empresas, pagadores de terceros HMO o, (d) a cualquier agencia gubernamental u otra organización responsable de la supervisión del centro o de cualquier tercero pagador, o (e) para las operaciones normales de salud del centro. Reconozco que se me ha proporcionado con una copia del aviso de privacidad del centro.

Asignación de Beneficios / Firma de Archivo: Por la presente asigno, la transferencia y la puse encima del centro de todos los dineros y / o beneficios a los que pueden tener derecho de los organismos gubernamentales, incluidos los programas de Medicare y Medicaid, Medigap, las compañías de seguros, HMO u otros que son financieramente responsables de mi cuidado médico para cubrir el costo de mi cuidado y tratamiento. Solicito que el pago de Medicare autorizado. Medicaid / beneficios Medigap pueden hacer en mi nombre al centro por los servicios médicos prestados a mí por el centro, esta autorización se aplica a todas las ocasiones de servicio a menos que sea revocada.

Acuerdo de Pago: Acepto pagar al centro todos los servicios de anestesia de las que soy responsable financieramente, incluyendo, sin limitación, los copagos y los deducibles que no están cubiertos por mi seguro o plan de beneficios de salud. Si alguna parte de la cuota de la anestesia no está cubierto por el seguro, voy a pagar la tarifa completa al recibir una factura. En el caso de no pagar la factura, me comprometo a pagar, además de la cantidad de la cuenta, cualquier centro de pago razonables de abogados incurre en la recolección de la factura.

Entendimiento de este Formulario: Confirмо que he leído y entendido completamente este formulario, y que todos los espacios en blanco se han completado o tachados antes de mi firma. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas completamente y para mi satisfacción.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Certificación de Proveedores

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de anestesia a la propuesta correspondiente al procedimiento a ser, se han ofrecido a responder a cualquier pregunta y han respondido a estas preguntas. Yo creo que el paciente entienda lo que he explicado y respondido. He revisado el formulario de consentimiento por encima y por este medio confirmar la veracidad del documento, incluida la descripción de la administración de la anestesia.

Firma del Proveedor: _____, MD Fecha: _____ Hora: _____