



SOUTHWEST  
GASTROENTEROLOGY  
ASSOCIATES, P.C.

7788 Jefferson St NE, Albuquerque, NM 87109  
Phone: (505)999-1600 Fax: (505)999-1650

<b>GoLytey Split Dose Prep</b>	
FECHA _____	HORA _____
PROVEEDOR _____	LOCACION _____

**Instrucciones de preparación:**

Usted está programado para someterse a una colonoscopia, un procedimiento en el que el médico examina el revestimiento del intestino grueso mirando a través de un tubo flexible llamado colonoscopio. Si hay cualquier tipo de tumores u otras anomalías encontradas durante el procedimiento, el médico puede extirpar el tejido anormal para un análisis minucioso o para una biopsia. Por favor, recuerde hacer arreglos para tener un adulto responsable aquí con usted durante el procedimiento. Si usted no tiene un conductor adulto responsable, su procedimiento será cancelado y reprogramado. Revise el calendario de preparación a continuación para los días previos a su colonoscopia. Si necesita más ayuda, por favor llame a la oficina al (505) 999-1600.

**Por favor llame a nuestra oficina si necesita cancelar o reprogramar su cita al (505) 999-1600 opción 4. Un pago de \$100 será evaluado por cancelaciones con menos de 72 horas de anticipación.**

Si su colonoscopia se ha programado como un examen preventivo (es decir, no tiene signos, síntomas, sin historia familiar y sin antecedentes personales) y el médico encuentra un pólipo o tejido que tiene que ser eliminado durante el procedimiento, ésta colonoscopia ya no es considerada un procedimiento de detección. Se considera un procedimiento médico y sus beneficios de seguro pueden cambiar. Por favor, consulte con su compañía de seguros antes de iniciar la preparación del intestino para asegurar que usted entiende sus beneficios de seguro y cobertura.

**Compre lo siguiente:**

- Un galon de preparación de colon de su farmacia. Usted necesitará una receta de nuestra oficina. Usted puede obtener cualquier marca de solución de lavado PEG, incluyendo GoLytey, Colyte o NuLytey. Marca varía por farmacia. Si compra sin sabor, puede añadir polvo de limonada Crystal Light Drink Mix.
- Dulcolax (Bisacodyl) 5 mg pastillas laxantes, 1 pastilla
- Opcional Para el dolor de la parte rectal – Toallitas de bebe con sábila (Aloe), Desitin o pomada de vitamina A y D

**Una Semana Antes**

Deje de tomar suplementos de hierro o vitaminas que contienen hierro.

Deje de tomar suplementos que contengan pescado, krill o suplementos de aceite de tiburón.

Si usted tiene diabetes consulte a su médico para obtener más instrucciones sobre la administración de medicamentos.

Háganos saber si usted está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos: Plavix, Coumadin, Effient o Pradaxa

No deje de tomar ningún medicamento a menos que se lo indique su médico.

**3 Dias Antes**

No coma frutas, vegetales o maíz.

No coma alimentos que contienen semillas, como tomates, Chile verde, pan con semillas de sésamo, etc.

Se puede comer carne, pescado, arroz, pasta, pan sin semillas, mantequilla de maní (mantequilla de cacahuate), huevos, queso y cereales.

**\*\* ÚLTIMA OPORTUNIDAD PARA CANCELAR LA CITA \*\***

**Por favor llame a nuestra oficina si necesita cancelar o reprogramar su cita al (505) 999-1600 opción 3. Una cuota de \$100 que será evaluada por cancelaciones hechas con menos de 72 horas de anticipación.**

**2 Dias Antes**

Misma dieta que los 3 días antes.  
Beba por lo menos 8 vasos de 8oz.de agua durante el día.  
No consuma alimentos sólidos después de la medianoche.

---

**El día antes de su procedimiento**

Empiece la dieta de líquidos claros. Esto incluye desayuno, almuerzo y cena - SIN ALIMENTOS SÓLIDOS.

**Lista líquido claro:**

agua  
Café, café descafeinado (sin leche o crema)  
Té (tampoco té laxantes)  
Refrescos - regular o dieta  
Jugo de manzana, uva blanca, o de arándano  
Gatorade, Kool-Aid (que no sean de color rojo o púrpura/morado)  
Limonada  
Caldo claro, puede ser de pollo o de verduras  
raspados o paletas de hielo (no puede comer helado o sorbete)  
Caramelos duros  
Gelatina (Que no sea de color rojo o morado)  
No se permite Alcohol  
Por favor, evite cualquier líquido que no esté en esta lista

**-A medio día (12:00pm):** Tome 1 pastilla laxante Dulcolax (Bisacodyl) con 8 oz de agua.  
-Beba al menos 6 vasos grandes de agua durante la tarde.  
-Mezcle bien el galón de preparación del colon y refrigere.

**-A las 5:00 pm:** Comience a beber la preparación Golytley. Beba un vaso de 8 oz de la preparación cada 15 minutos, aproximadamente en cuartos por hora hasta que se termine la mitad del galón. Continúe bebiendo sus líquidos claros. Esta preparación está diseñada para causar diarrea. El objetivo es hacer que su excremento sea de la consistencia y el color de la orina.

---

**El día de su procedimiento**

**Si usted es mujer menor de 50 años, y usted no ha tenido una histerectomía, ooforectomía, o menopausia por más de 2 años, necesitará presentar una muestra de orina para una prueba de embarazo.**

8 horas antes de su procedimiento, beba un vaso de 8 oz cada 15 minutos hasta que termine toda la preparación Golytely. Continúe bebiendo muchos líquidos claros como sea posible.

Es importante beber toda la preparación, aunque el excremento ya esté claro. Puede haber más material sólido en la porción superior del colon que todavía tiene que ser vaciada. Una preparación inadecuada puede resultar en un procedimiento cancelado.

**Si su procedimiento esta programado a las 7:00am por favor llegue a las 6:30am. Nuestra oficina abre a las 6:30am.**

**\*\*Absolutamente nada por la boca 6 horas antes de su procedimiento.**

Nada de chicles, mentas, dulces o productos de tabaco

Tome los medicamentos con poca agua por lo menos 2 horas antes de su procedimiento.

No deje de tomar sus medicamentos del corazón, presión arterial o medicamentos para las convulsiones

Traiga su forma de medicamentos con usted a su cita.

No traiga joyas. Deje los objetos de valor con el adulto responsable que le acompaña.

**Usted necesitará su tarjeta actual**



EL PERSONAL Y LOS MEDICOS DE SOUTHWEST ENDOSCOPY SE INTERESAN POR LA SEGURIDAD DE SUS PACIENTES

ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE DE PROVEER UN ADULTO RESPONSABLE PARA TRANSPORTARLO DE NUESTRO ESTABLECIMIENTO A SU CASA Y PERMANECER CON USTED POR 24 HORAS.

SI USTED NO TIENE UN CHOFER, SU PROCEDIMIENTO SERA REPROGRAMADO.

SI NUESTRO PERSONAL OBSERVA A ALGUN PACIENTE CONDUCIENDO O LLENDOSE DE NUESTRO ESTABLECIMIENTO SOLA/O, SIN ALGUN ADULTO RESPONSABLE, USTED SERA DESPEDIDO DE NUESTRO ESTABLECIMIENTO.

## **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS**

La endoscopia gastrointestinal es la visualización directa del tracto digestivo con una cámara flexible. Por lo general es realizado bajo sedante. Durante el procedimiento, el revestimiento del tracto digestivo será inspeccionado a fondo y posiblemente fotografiado. Si una anomalía se ve o se sospecha, una pequeña porción de tejido (biopsia) se puede retirar. Si se encuentran pequeños crecimientos (pólipos) se pueden remover. Estas muestras se envían a un patólogo que determina si ay células anormales.

**ENDOSCOPY**- también conocida como EGD (esofagogastroduodenoscopia), es un examen visual del tracto intestinal utilizando una cámara flexible. El tracto intestinal comienza con la boca y continúa con el esófago, que lleva el alimento al estómago.

**COLONOSCOPIA**- Se recomienda para todos los pacientes mayores de 50 años como un método para la detección del cáncer de colon. El procedimiento se realiza usando una manguera larga y flexible con cámara que permite la visualización de la mucosa del intestino grueso. El instrumento se introduce a través del recto y es guiado a través de l

**LA SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE**- Permite al médico examinar el revestimiento del recto y una parte del colon (intestino grueso) mediante la inserción de un tubo flexible que es lentamente avanzado por el recto y la parte inferior del colon.

**DILATACION** - La dilatación del esófago es un procedimiento que permite al médico dilatar o estirar, una zona restringida del esófago (tubo digestivo). Los médicos pueden utilizar diversas técnicas para este procedimiento. Su médico podría realizar este procedimiento como parte de una endoscopia en la cual se le aplica un sedante. Como alternativa, el médico puede aplicar un aerosol anestésico local en la parte posterior de la garganta y luego pasan un dilatador por la boca y hacia el esófago.

La endoscopia gastrointestinal es un procedimiento de muy bajo riesgo. A continuación se les mencionaran algunas complicaciones que pueden ocurrir. Su médico discutirá la posibilidad de complicaciones con usted, si lo desea. Si usted tiene alguna otra pregunta o dudas sobre el procedimiento por favor consulte a su médico.

1. **SANGRADO**: Sangrado, si se produce, por lo general es una complicación de la biopsia, polipectomía o dilatación. El manejo de esta complicación puede consistir únicamente por observación cuidadosa. Las transfusiones de sangre y cirugía rara vez son necesarias.
2. **PERFORACIÓN**: Paso del endoscopio puede resultar en una lesión o rotura de la pared del tracto gastrointestinal o de un órgano interno. Esta la posibilidad de un derrame de los contenidos gastrointestinales en la cavidad del cuerpo. Si esto ocurre, puede ser necesaria la cirugía.
3. **MEDICAMENTOS**: Los medicamentos utilizados para la sedación pueden irritar la vena en la que se inyectan. Esto puede causar una hinchazón dolorosa en la vena y el tejido circundante. El área podría infectarse. Molestias en la zona puede persistir durante varias semanas a varios meses.
4. **OTROS RIESGOS**: Estos incluyen reacciones alérgicas a medicamentos, y complicaciones de otras enfermedades que ya tenga. Aunque la endoscopia es un examen bastante minucioso del tracto gastrointestinal, no es fiable al 100% en el diagnóstico. En raras ocasiones, un fracaso de diagnóstico o un diagnóstico erróneo puede resultar. Las complicaciones graves o fatales por endoscopia son extremadamente raros. Debe informar a su médico de todas sus alergias y condiciones médicas.

### **Alternativas a la endoscopia gastrointestinal**

Otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, tales como el tratamiento con medicamentos, rayos X, cirugía pueden estar disponibles.

Si alguna condición imprevista surge durante este llamado procedimiento en el cual se necesiten procedimientos adicionales, tratamientos o cirugías, autorizo cualquier cosa que se considere conveniente. Reconozco que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías hacia los hallazgos de este procedimiento.

Estoy consciente que si en un caso de emergencia de vida o muerte, el personal de Southwest Endoscopy llevara a cabo procedimientos de emergencia necesarios y me trasladaran a un centro de cuidados agudos. Doy consentimiento para la administración de sedante que se considere apropiado por el médico. Si el sedante es aplicado estoy de acuerdo de no conducir, manejar maquinaria, tomar decisiones críticas,

firmar documentos legales, o consumir alcohol o drogas recreativas durante 24 horas después de mi procedimiento.

Doy mi consentimiento para que se tome cualquier tipo de fotografías realizadas durante mi procedimiento con el propósito de tratamiento y educación médica.

### **Consentimiento para procedimiento médico o cirugía**

#### **Explicación**

Un médico obtiene el consentimiento del paciente para cirugía o procedimiento médico. Se le pide su consentimiento para una operación o un procedimiento médico y confirmar que la operación o procedimiento ha sido explicado, que entiende lo que se debe hacer, por qué es necesario y los riesgos que pueden ser implicados. Si tiene alguna duda o pregunta sin respuesta, no firme el consentimiento. El médico será notificado.

#### **Consentimiento**

El firmante solicita y da su consentimiento a su médico y asistente(s) para llevar a cabo o administrar el procedimiento especificado en la primera página de este consentimiento al paciente.

Y para hacer cualquier procedimiento(s) que el médico nombrado arriba o asistente considere necesario o conveniente, basándose en los hallazgos durante el transcurso de dicha operación o procedimiento. El consentimiento también incluye la autoridad para administrar cualquier medicamento o transfusiones de sangre necesarias elegidas por el médico o el ayudante, y la eliminación de cualquier tejido extraído. La naturaleza y el propósito de esta operación o procedimiento(s) médicos, posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos implicados, y la posibilidad de complicaciones o resultados inesperados han sido explicados.

Reconozco que no se ha hecho ninguna garantía hacia los resultados que se puedan obtener.

Autorizo que observadores estén presentes durante mi tratamiento/cirugía para el propósito de entrenamiento y educación médica.

Reconozco que he leído el consentimiento presente, se hicieron las explicaciones necesarias, y que todos los espacios en blanco o declaraciones que requieran inserción de finalizaciones sean completadas antes de colocar mi firma.

### **Instrucciones para cuando le den de alta**

#### **SI TIENE DOLOR, SANGRADO O FIEBRE DEBE NOTIFICAR A SU MEDICO INMEDIATAMENTE AL 505-999-1600**

- No puede conducir en absoluto el día de su procedimiento. Se espera que organice el transporte con un amigo o miembro de la familia.
- El sedante/narcóticos pueden afectar su juicio. Las decisiones importantes deben posponerse durante el resto del día de la intervención programada.
- Evita actividades que requieran mucho esfuerzo en el día de su procedimiento. Puede reanudar a sus actividades normales al día siguiente.
- Evite las bebidas alcohólicas en el día de su procedimiento.
- Puede sentirse adormecido o puede tener sueño después del procedimiento.
- Sensibilidad, hinchazón o dolor puede ocurrir en el sitio intravenoso donde recibe el sedante. Si experimenta esto, aplique hielo envuelto en una toalla o paño sobre la zona por 30 minutos dos o tres veces el primer día. Si todavía tiene dolor al día siguiente, aplique un paño caliente y húmedo a la zona por 30 minutos dos o tres veces durante el día. Si el malestar persiste, por favor llame a su médico al 505-999-1600.
- Se permite Tylenol (acetaminofeno).
- COLONOSCOPIA: Usted puede sentirse hinchado después de su examen. Esto es normal y suele desaparecer después de un corto período de tiempo. Caminar también le ayudará a pasar el gas. Puede que no tenga un movimiento intestinal normal durante aproximadamente tres días.
- Endoscopia/Esofagogastroduodenoscopia: Si siente dolor en su garganta después de llegar a casa,

puede hacer gárgaras con agua tibia con sal, tomar bebidas frías o paletas de hielo para aliviar las molestias.

- Su médico le dará recomendaciones adicionales relacionadas específicamente con los resultados de su procedimiento. Si usted tiene alguna pregunta acerca de las instrucciones de arriba, por favor llame a nuestra oficina al 505-999-1600.

### **AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD**

A partir del 14 de abril de aviso, de 2003

Este aviso describe cómo la INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Podemos utilizar y divulgar su información médica para propósitos de tratamiento, pago y cuidados médicos, según lo permitido por la ley federal.

**Tratamiento:** Vamos a utilizar y divulgar su información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración del cuidado de su salud con un tercer partido que ya ha obtenido su permiso para tener acceso a su información médica. También vamos a divulgar información médica a otros médicos que puedan tratarle. Por ejemplo, a un médico y su personal a quien se le ha referido para asegurar que la información necesaria se ha divulgado para diagnosticar o tratarlo. Podemos revelar información de vez en cuando a otro médico o proveedor de cuidados de salud (un especialista, laboratorio o farmacia) que, a petición de su médico se ve envuelto en su cuidado al proporcionar asistencia con su diagnóstico o tratamiento para el cuidado de su salud.

**Pago:** Se usará su información de salud según sea necesario, para obtener pago por los servicios de atención médica. Esto puede incluir varias actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar por los servicios de atención médica que recomendamos, tales como hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de seguro, la revisión de los servicios proporcionados a usted por necesidad médica y la utilización de emprender actividades de revisión.

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, la información de su salud con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Las actividades incluyen, pero no se limitan a: actividades de evaluación, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licenciatura, y otras actividades económicas (por ejemplo como marketing). Por ejemplo, podemos revelar su información de salud a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestras instalaciones. Además, podemos usar una hoja de inscripción en el mostrador de registro. También le llamamos por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar su información de salud si es necesario para ponerse en contacto con usted para recordarle sus citas.

Podemos enviar la información, en el correo, correo electrónico o en su correo de voz del teléfono con respecto a las recetas médicas, diagnóstico y otra información necesaria para el tratamiento. También hay una posibilidad de que otros, como el personal de limpieza, otros miembros del personal, así como los pacientes en la oficina o en la instalación donde se le puede someter a un procedimiento puedan escuchar la conversación relacionada con su atención médica. A menos que usted se oponga, podemos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información personal. Si no puede estar de acuerdo o bien oponerse a tal revelación, podemos revelar información como sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional. Podemos usar y divulgar información médica para propósitos distintos como para pago o atención médica sin su consentimiento o autorización, según lo permitido o requerido por la ley federal. Ejemplo: Para el propósito de controlar enfermedades, lesiones, discapacidad, el abuso y la negligencia. También podemos utilizar su información para auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión pueden buscar esta información, incluyendo agencias gubernamentales que supervisan los sistemas de salud se benefician de programas.

Vamos a hacer otros usos y divulgaciones solamente con su autorización. Esta autorización puede ser revocada.

En algunos casos, la autorización específica puede ser requerida o solicitada por el paciente. Ejemplos de este tipo de liberación serían para las notas de psicoterapia, o para su comercialización. Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información de recordatorio de cita sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Usted tiene el derecho a tener acceso y enmendar su información de salud que se utiliza para tomar decisiones sobre los individuos.

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica protegida. Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a acceder a su petición. Usted tiene el derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información médica protegida. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este informe a petición. Usted puede solicitar por escrito para obtener acceso a su información médica protegida. Esto debe ser dirigido a nuestro oficial de privacidad para obtener una respuesta.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de su salud y para proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso más reciente.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso y de hacer las nuevas provisiones para toda la información protegida de salud que mantenemos. Le proporcionaremos una copia revisada a petición de usted.

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos o nosotros. Puede entrar a la página web [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov) para obtener más información.

Puede presentar una queja escribiendo una carta al médico que está viendo o a nuestro Oficial de Privacidad en 7788 Jefferson NE, Albuquerque, NM 87109. El oficial de privacidad también puede ser contactado llamando al 505-999-1600.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para obtener más información sobre este aviso, póngase en contacto con Patricia Carrasco al 505-999-1600.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

SouthwestEndoscopy, Ltd. pertenece y es operado por los médicos de SouthwestGastroenterologyAssociates. Nosotros, el personal de SouthwestEndoscopy, Ltd. Estamos comprometidos en proveer cuidados médicos con compasión, comprensión y el más alto grado de profesionalismo. Creemos que nuestros pacientes deben recibir de la dignidad, la seguridad, la confidencialidad, la continuidad de atención así como responder a todas sus preguntas.

Los pacientes tienen derecho a:

- Aceptar o rechazar el tratamiento,
- Recibir una explicación completa de todos los servicios, tratamientos, y explicación de su factura,
- Ser informado sobre cualquier estudio de investigación o de investigaciones que afectan su cuidado,
- Determinar las opciones de tratamiento, y designar a un sustituto que toma decisiones si no es capaz de comunicar sus deseos.
- Aprobar o rechazar la divulgación de sus registros médicos, excepto cuando sea requerido por la ley.
- Cambiar su proveedor si otro proveedor calificado está disponible.
- Estar libre de toda forma de abuso o acoso.

A cambio, usted tiene responsabilidades correspondientes a SouthwestEndoscopy, Ltd., al personal y los médicos. Tales responsabilidades incluyen:

- El respeto de los derechos de los demás y que nos informa si se siente no se respetan sus derechos.
- Proveer información completa y precisa acerca de su salud, alergias, y todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo los medicamentos sin receta y suplementos dietéticos.
- Cooperar y participar en el programa de tratamiento indicado por sus médicos.
- Cancelación de citas que no pueda cumplir.
- Conseguir un adulto responsable para llevarla/o a casa después del procedimiento y permanecer con usted durante 24 horas, si es necesario por su médico.
- Informe a su médico acerca de cualquier poder médico.
- Aceptar la responsabilidad financiera para los cargos no cubiertos por su seguro.

Podemos servir mejor a sus necesidades cuando usted hace preguntas sobre su cuidado y reportarle inmediatamente y con honestidad cualquier cambio en su estado de salud.

Si usted tiene una queja acerca de la instalación o de la persona que le proporciona servicios ambulatorios de cirugía, puede presentar su queja a SouthwestEndoscopy por carta, llamada telefónica o una cita con la enfermera a cargo o el Administrador de la Práctica. Si el asunto no se resuelve a su satisfacción, usted puede llamar, escribir o visitar la Oficina de Quejas de Instalaciones de Salud, Departamento de Salud de Nuevo México. También puede ponerse en contacto con Ombudsman for New Mexico Aging and Long TermCare.

1. Nuevo México Departamento de Salud, Oficina de Gestión de Incidentes de 1190 San Francisco Dr., Santa Fe, NM 87502 1-800-752-8649

2. NM Aging & LTC Servicios Dept, 2550 Cerrillos Rd, Santa Fe, NM 87505 505-476-4790  
SouthwestEndoscopy pertenece y es operado por Robert M. Lynn MD, Howard K. Gogel MD, Naser Mojtahed, MD, Gabrielle M. Adams, MD, Andrew C. Mason, MD, Antoine F. Jakiche, MD, Nikki Parker-Ray MD, Angelina Villas-Adams MD

### **POLISA Y DIRECTIVAS DE SOUTHWEST ENDOSCOPYY**

SouthwestEndoscopy, Ltd. es un propósito limitado, ASC especialidad única dedicada al estudio y tratamiento de enfermedades y trastornos gastrointestinales. SouthwestEndoscopy cumplirá con las directivas anticipadas en la medida permitida por las políticas aprobadas por el Consejo de Administración. Si un paciente tiene una directiva anticipada y no desea ser resucitado, el paciente no será programado en SouthwestEndoscopy.

El Consejo de Administración ha revisado y aprobado la siguiente norma relativa a la aplicación de las directivas anticipadas en la instalación. En el caso de una emergencia en que aiga amenaza de vida (es decir respiratoria o cardíaca), SouthwestEndoscopy implementará lo siguiente en todos los pacientes:

- Realizar procedimientos de emergencia, según sea necesario, para estabilizar al paciente.
- Trasladar al paciente a un centro de atención médica aguda cuando el médico tratante y familiares puedan tomar una decisión informada sobre el bienestar del paciente.

### **INFORMACIÓN SOBRE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

Puede haber un momento en su vida cuando usted es incapaz de tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Algunas decisiones graves que las personas a menudo son llamados a hacer opciones de tratamiento incluyen, respiración artificial, y la calidad de vida. Usted tiene la posibilidad de elegir las intervenciones médicas tales como ventiladores, primeros auxilios, medicamentos para mantener la presión arterial, antibióticos, nutrición artificial (comida) y la hidratación (agua).

Hay dos documentos legales que le permiten expresar sus deseos sobre decisiones de atención médica. Estos documentos le permiten determinar su decisión acerca de ciertos tratamientos y procedimientos médicos antes de enfermedad o circunstancias que amenazan la vida. AdvanceHealthcareDirectives consisten en un testamento de vida y un poder legal para la atención médica. Es posible completar uno o ambos de estos documentos.

Los testamentos de vida

Un testamento de vida le permite decidir por sí mismo cómo le gustaría hacer frente a las decisiones



específicas al final de su vida. Hay tres opciones que el que vive lo proporciona:

- En el caso de una enfermedad incurable e irreversible que resulte en su muerte dentro de un tiempo relativamente corto.
- Usted sin conocimiento y, con un grado razonable de certeza médica, no va a recuperar la conciencia.
- Los riesgos y cargas probables del tratamiento serían mayores que los beneficios esperados.

Esta opción también le permite determinar si desea recibir alimento artificial y agua sobre la base de las condiciones mencionadas anteriormente. A menos que usted fuera a oponerse específicamente, esta elección también podría proporcionar un tratamiento para aliviar el dolor y el malestar.

La **segunda** opción es para prolongar su vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de las prácticas de salud generalmente aceptadas.

La **tercera** opción no es hacer una elección específica sí mismo, sino para permitir que una persona de su elección (Poder para decisiones del cuidado médico) para tomar decisiones al final de su vida por usted.

Poder notarial o sustituto para la Salud

Un poder notarial para la atención médica le permite elegir a una persona para tomar decisiones médicas por usted en caso de que quede incapacitado. Puede limitar el tipo de decisiones que su agente puede hacer para usted si decide hacerlo. Este documento proporciona un lugar para que usted enumere agentes alternativos si su agente no es disponible o no puede actuar. La autoridad de su representante entra en vigencia cuando su médico de cabecera y otro profesional de la salud determinan que usted es incapaz de tomar sus propias decisiones sobre su salud.

También puede utilizar este formulario para designar a una persona para tomar sus decisiones de salud actuales a pesar de que está completamente capaz de tomar esas decisiones por sí mismo. Algunas personas prefieren no involucrarse en el proceso de tomar decisiones de su cuidado de en cualquier etapa y gustaría designar a otra persona para tomar decisiones actuales y futuras para ellos, completando un poder legal o sustituto de la Salud.

**USTED NO TIENE QUE FIRMAR CUALQUIER FORMA SI DECIDE NO LO CONTRARIO.**

Si usted no firma un formulario o informa a su médico acerca de lo que desea hacer, sus decisiones de atención médica (o si alguien se identifica no está razonablemente disponible), un miembro de la familia que está razonablemente disponible puede actuar. Miembros de la familia son seleccionados para actuar en su nombre en orden descendente: entre adultos, niños, padres, hermano o hermana, pareja, abuelo, amigo cercano.

Directivas anticipadas (testamento vital y un poder) le permiten tomar sus propias decisiones acerca de las decisiones médicas. Tomar decisiones por adelantado servirá de guía y quizás como comodidad para miembros de la familia o agentes que pueden tomar decisiones importantes en su nombre.

#### **Información al paciente sobre abuso y negligencia**

SouthwestEndoscopy, Ltd está obligado a reportar el abuso, el abandono y la apropiación indebida de la propiedad de Servicios de Protección al Adulto al 1-800-797-3260. Abuso, negligencia, malversación de propiedad y lesiones de fuentes desconocidas también se informan al Departamento de Mejoramiento de la Salud dentro de las 24 horas al 1-800-752-8649 o 1-800-445-6542. SouthwestEndoscopy, Ltd. se asegurará de que el reportante con conocimiento directo de un incidente tiene acceso inmediato al Departamento de Mejoramiento de la Salud (DHI) informe de incidente con el fin de permitir que el reportante responda a incidentes, informes y documentos en forma oportuna y precisa manera. Cualquier consumidor, empleado, miembro de familia o tutor legal puede reportar un incidente, ya sea de forma independiente o por SouthwestEndoscopy, Ltd. para la División de Mejoramiento de la Salud por medio de llamada telefónica, correspondencia escrita u otras formas de comunicación que utiliza el formulario de notificación de incidentes DHI. SouthwestEndoscopy Ltd. informará incidentes utilizando el formulario de notificación de incidentes DHI, que consistan con los requisitos de la guía del sistema de manegamiento de incidentes DHI y reglamentos de CMS según sea el caso. El informe completo se presentará a DHI dentro de las 24 horas de un incidente o denuncia de un incidente.