

Athens Endoscopy, LLC

Patient Bill of Rights, Responsibility, and Concerns

****ALL FACILITY PERSONNEL PERFORMING PATIENT CARE ACTIVITIES SHALL OBSERVE THESE RIGHTS****

PATIENT BILL OF RIGHTS: The patients have a right to:

1. Receive considerate, respectful care and dignity in a safe setting.
2. Know the name of the medical provider responsible for coordinating his/her care. Patients have the right to change their provider if other qualified providers are available.
3. Obtain information from his/her medical provider in terms that can be reasonably understood, including-- but not limited to-- his/her evaluation, diagnosis, treatment, prognosis, advance directives that will not be accepted at the surgery center, and medically significant alternatives for care or treatment that may be available, to the degree known by the medical provider. When it is not medically advisable to share specific information with the patient, the information should be made available to an appropriate person in his/her behalf. When medical alternatives are to be incorporated into the plan of care, the patient has a right to know the name of the person(s) responsible for the procedures and/or treatments. Patients are given the opportunity to participate in decisions involving their health care, except when such participation is contraindicated for medical reasons or emergencies. 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.
4. Obtain the necessary information from his/her medical provider so the patient may give his/her informed consent or refuse the procedure and /or treatment before the start of any procedure and /or treatment. Except in emergencies, this necessary information shall include but is not limited to, a description of the specific procedure and/or treatment, the probable duration of incapacitation, the medically significant risks involved in the treatment, the provisions for after-hours/ emergency care, alternate course of treatment (if any), and risks of non-treatment.
5. Refuse treatment to the extent permitted by law, and to be informed of the medical consequences of his/her decision.
6. Expect this accredited ambulatory surgical facility will provide evaluation, services and/or referrals as indicated for urgent situations. When medically permissible, the patient or designated support person(s) will receive complete information and explanation about the need for and alternatives to transferring to another facility. The facility to which the patient is to be transferred must first have accepted the patient for transfer.
7. Obtain information about any financial and/or professional relationship that exists between this facility and other health care and educational institutions insofar as his/her care is concerned. The patient has the right to obtain information about any professional relationships that exist among individuals who are involved in his or her procedure or treatment.
8. Be advised if this accredited ambulatory surgery facility proposes to engage in or perform human experimentation affecting his/her care of treatment. The patient has a right to refuse to participate in research projects.
9. Every consideration for privacy throughout his/her medical experience, including but not limited to the following: Confidentiality and discreet conduct during case discussions, consultations, examinations, and treatment/ procedures. Those not directly involved in his/her care must have the permission of the patient to be present. All communications and records pertaining to the patient's care will be treated as confidential. Patients will be given the opportunity to approve or refuse their release except when release is required by law.
10. Expect reasonable continuity of care, including, but not limited to the following: The right to know in advance what appointment times and medical providers are available and where; The right to have access to information from his/her medical provider or designee regarding continuing health care requirements following discharge; The number to call for questions or emergency care.
11. To have access to and examine an explanation of his/her bill regardless of source of payment; to be informed of fees for services and payment policies advance, charity and indigent care policy, charges for services not covered by third-party payers, and credentials of health care professionals.
12. Have a family member, appointed representative or designated support person(s) of his/her choice be involved in all phases of his/her care. All the patient's rights apply to the person who has legal responsibility to make decisions regarding his/her medical care on behalf of the patient. The patient and the family member, appointed representative or designated support person(s) have the right to know what facility rules and regulations apply to their conduct as a patient and guest during all phases of treatment.
13. Be free from all forms of abuse, neglect, or harassment.
14. Know his/her rights as a patient in advance of, or when discontinuing, the provision of care. The patient has a right to exercise his/her rights without being subjected to discrimination or reprisal.
15. Be informed about procedures for expressing suggestions, complaints and grievances including those required by state and federal regulations
16. Remain free from seclusion or restraints of any form that are not medically necessary. Patient may choose to leave the facility even against medical advice.

PATIENT RESPONSIBILITIES: The patient is responsible for:

- a. Providing complete and accurate information to the best of his/her ability about his/her health (i.e., medical symptoms, past illnesses, hospitalizations, any other health related issues), any medications, including over-the-counter products and dietary supplements and any allergies or sensitivities.
- b. Making it known whether the planned surgical procedure/treatment risks, benefits and alternative treatments have been explained and understood.
- c. Following the treatment plan established by the physician, including instructions by nurses and other health care professionals, given by the physician.
- d. Providing a responsible adult to transport him/her from the surgery center and remain with him/her for 24 hours, if required by his/her provider.
- e. Medical consequences of refusal of treatment and/or not following medical directions/ advice.
- f. Assuring that the financial obligations of his/her care are fulfilled as promptly as possible.
- g. Being respectful of all the health care providers and staff, as well as other patients.
- h. Following facility policies and procedures.
- i. Inform his/her provider about any living will, medical power of attorney, or other directive that could affect his/her care.

PATIENT CONCERNS: Patients are encouraged to submit any concerns or complaints, in writing, to the Administrator of Athens Endoscopy, LLC.

Please submit complaint to: TanDeKaH Scott, Practice Administrator, Athens Endoscopy, LLC, 21 Jefferson Place, Suite 2, Athens, Georgia 30601. You may also contact the **Athens Endoscopy, LLC Team Leader (706-433-0788)**. We will work to address & resolve the issue in a professional manner. You have the right to take concerns directly to: Quad-A (888-545-5222 or investigations@quada.org); The Georgia Department of Community Health (404-657-5726). Please refer to the posted addresses in the lobby. **ISSUES REGARDING MEDICARE** Issues regarding Medicare: Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman: 1-800-MEDICARE or <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

COMPLAINTS AGAINST THE ASC:

Healthcare Facility Regulation Division
Department of Community Health/ Attn: Complaints Unit
2 Peachtree Street, NW, Suite 31-447, Atlanta, Georgia 30303-3142
P: (404) 657-5726; P: (404) 657-5728
ONLINE:
<https://services.georgia.gov/dhr/reportfiling/searchFacility.do?action=constituentComplaint>

COMPLAINTS AGAINST THE PHYSICIAN:

Georgia Composite Medical Board/ Enforcement Unit
2 Peachtree Street, N.W., 36th Floor, Atlanta, Georgia 30303
P: (404) 657-6494; (404) 656-1725 | F: (404) 463-6333
ONLINE FORM: <https://versa.medicalboard.georgia.gov/datamart/gadchComplaint.do?from=loginPage>
MAILED FORM: <http://www2.files.georgia.gov/GCMB/Files/CP%20Form%20022010.pdf>

COMPLAINTS AGAINST NURSING STAFF:

Professional Licensing Boards Division
Georgia Board of Nursing
237 Coliseum Drive, Macon, Georgia 31217-3858
P: (478) 207-2440
ONLINE:
<https://secure.sos.state.ga.us/myverification/SubmitComplaint.aspx>

*****All complaints will be investigated. No issue will be raised for filing a complaint with the organization*****

*****For further information about this Privacy Notice, please contact: Athens Endoscopy, LLC Team Leader (706-433-0788).*****

*****This notice is effective as of Date of Effectiveness. This date must not be earlier than the date on which the notice is printed or published*****

Athens Endoscopy, LLC

Patient Privacy, Practice Ownership, and Release of Info

****ALL FACILITY PERSONNEL PERFORMING PATIENT CARE ACTIVITIES SHALL OBSERVE THESE RIGHTS****

PRIVACY NOTICE

THE FOLLOWING NOTICE DESCRIBES HOW YOUR MEDICAL INFORMATION MAY BE USED AND DISCLOSED, AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THE INFORMATION CAREFULLY.

- Your confidential healthcare information may be released to other healthcare professionals within Athens Endoscopy, LLC for the purpose of providing you with quality healthcare.
- Your confidential healthcare information may be released to your insurance provider for the purpose of Athens Endoscopy, LLC receiving payment for providing you with needed healthcare services.
- Your confidential healthcare information may be released to public or law enforcement officials in the event of an investigation in which you are a victim of abuse, a crime or domestic violence.
- Your confidential healthcare information may be released to other healthcare providers in the event you need emergency care.
- Your confidential healthcare information may be released to a public health organization or federal organization in the event of a communicable disease or to report a defective device or untoward event to a biological product (food or medication).
- Your confidential healthcare information may not be released for any other purpose than that which is identified in this notice.
- Your confidential healthcare information may be released only after receiving written authorization from you. You may revoke your permission to release confidential healthcare information at any time.
- You may be contacted by Athens Endoscopy, LLC to remind you of any appointments, healthcare treatment options or other health services that may be of interest to you.
- You may be contacted by Athens Endoscopy, LLC for the purposes of raising funds to support the organization's operations.
- You have the right to restrict the use of your confidential healthcare information. However, Athens Endoscopy, LLC may choose to refuse your restriction if it is in conflict of providing you with quality healthcare or in the event of an emergency situation.
- You have the right to receive confidential communication about your health status.
- You have the right to review and photocopy any/all portions of your healthcare information.
- You have the right to make changes to your healthcare information if it is not accurate.
- You have the right to know who has accessed your confidential healthcare information and for what purpose.
- You have the right to possess a copy of this Privacy Notice upon request. This copy can be in the form of an electronic transmission or on paper.
- Athens Endoscopy, LLC is required by law to protect the privacy of its patients. It will keep confidential any and all patient healthcare information and will provide patients with a list of duties or practices that protect confidential healthcare information.
- Athens Endoscopy, LLC will abide by the terms of this notice. The organization reserves the right to make changes to this notice and continue to maintain the confidentiality of all healthcare information. Patients will receive a mailed copy of any changes to this notice within 60 days of making the changes.
- You have the right to complain to Athens Endoscopy, LLC if you believe your rights to privacy have been violated. If you feel your privacy rights have been violated, please address your concerns to: See PATIENT CONCERNS under the PATIENT BILL OF RIGHTS post.

OWNERSHIP

I understand that the physician(s) on staff at Athens Endoscopy, LLC providing medical services are in fact the owners of the facility. I understand that I may choose to have my surgery in a facility that is not owned by physicians. I have been given this option and choose to have my surgery at Athens Endoscopy, LLC.

RELEASE OF INFORMATION

Athens Endoscopy, LLC is hereby authorized to request and/or release any medical records, radiographic or diagnostic imaging results, pertinent to the healthcare of the above named patient from, but not inclusive of, any insurance carrier, adjustor, attorney, or other health care provider. I understand that the information released to these facilities will be used in furthering or processing my claim with my insurance company. This authorization is given with full knowledge that such disclosure may contain information of a confidential nature and may result in a denial of insurance coverage (in the event that claims are submitted to an insurance company on your behalf) for services rendered by the physician of Athens Endoscopy, LLC. The information released will not be given, sold, or transferred to any other person not mentioned above. I understand that I am entitled to a photocopy of this authorization upon request.

ASSIGNMENT OF BENEFITS AND MY FINANCIAL RESPONSIBILITY

It is the policy of Athens Endoscopy, LLC to collect payment at the time of visit. If you have a policy with a company with which we have a contract, we will gladly file your claim for you. However, you are expected to pay any co-pay or deductible at the time of service. If your carrier is out of network, you are expected to pay at time of service, unless arrangements have been made with the financial advocate. I understand that my insurance company may send payments for the rendered services to me. I hereby assign to Athens Endoscopy, LLC all surgical, medical insurance and/or other benefits, if any, otherwise payable to me for the services. I agree to endorse the check(s) over to Athens Endoscopy, LLC. I understand that if I use the insurance proceeds for my personal use, I have committed insurance fraud. I hereby authorize and direct payment directly to Athens Endoscopy, LLC, from the obligor of said benefits. Further, I hereby assign and convey Athens Endoscopy, LLC, unless charges for their services have been paid, so much of any cause of action or right of recovery and any payment proceeds relating thereto, that I may have against any third party and direct my attorney, if one has been retained as well as any person or insurance company obligated to pay damages or restitution to me, to deduct the amount of any outstanding bill for Athens Endoscopy, LLC any settlement proceeds or other proceeds to be paid directly to me, prior to receiving said proceeds. I understand that payment is due when services are rendered unless prior arrangements have been made. I assign all medical and/or surgical benefits including major medical benefits for services provided to Athens Endoscopy, LLC. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. I am aware that any charges NOT COVERED by my insurance policy are my responsibility. I further understand that should any account with Athens Endoscopy, LLC be turned over to a collection agency, I will be responsible for any additional interest on my outstanding balance or charges that may be incurred in the collection of my account.

PRESCRIPTION POLICY

Prescriptions and refills for medications are issued during office hours only. 7:30 AM to 4:00 PM, Monday through Friday. No medications will be refilled over the phone after hours or on the weekends. If you have an emergency situation, you will be directed to the emergency department at the local hospital. During the course of treatment with our office, do not obtain pain medications from any other source.

ADVANCED DIRECTIVE

I consent to all resuscitative measures as deemed necessary by my physician in the event of a life threatening emergency. Athens Endoscopy, LLC, is not equipped to determine if there is a life threatening event; patient will be treated and stabilized, and transported to the hospital of choice by ambulance. I consent to emergency transfer to the hospital in case of the need for emergency hospital care. A copy of the advance directive may be placed on the chart if the patient desires and forwarded to the hospital in the event of a transfer. Information regarding advance directives is made available upon the patient's request. The admitting facility is not affiliated or in partnership with Athens Endoscopy, LLC.

Athens Endoscopy, LLC

Patient Bill of Rights, Responsibility, and Concerns

****TODO EL PERSONAL DEL CENTRO QUE REALIZA ACTIVIDADES DE ATENCIÓN AL PACIENTE DEBE OBSERVAR ESTOS DERECHOS****

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Las patentes tienen derecho a:

17. Recibir atención y dignidad consideradas, respetuosas en un ambiente seguro.
18. Conocer el nombre del proveedor médico responsable de coordinar su atención médica. Los pacientes tienen derecho a cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles.
19. Obtener su información de su proveedor médico en términos que puedan entenderse razonablemente, incluyendo, entre otros, su evaluación, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, directivas anticipadas que no serán aceptadas en el centro quirúrgico, y alternativas médicamente significativas para la atención o el tratamiento que puedan estar disponibles, en la medida en que lo conozca el proveedor médico. Cuando no sea médicamente aconsejable compartir información específica con el paciente, la información debe ponerse a disposición de una persona adecuada en su nombre. Cuando se vayan a incorporar alternativas médicas al plan de atención, el paciente tiene derecho a conocer el nombre de la(s) persona(s) responsable(s) de los procedimientos y/o tratamientos. Los pacientes tienen la oportunidad de participar en las decisiones que involucran su atención médica, excepto cuando dicha participación esté contraindicada por razones médicas o emergencias. Cuando sea médicamente desaconsejable brindar dicha información a un paciente, la información se proporciona a una persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada.
20. Obtener la información necesaria de su proveedor médico para que el paciente pueda dar su consentimiento informado o rechazar el procedimiento y/o tratamiento antes del inicio de cualquier procedimiento y/o tratamiento. Excepto en emergencias, esta información necesaria incluirá, entre otros, una descripción del procedimiento y/o tratamiento específico, la duración probable de la incapacidad, los riesgos médicamente significativos involucrados en el tratamiento, las disposiciones para atención de emergencia/fuera del horario de atención, curso alternativo de tratamiento (si corresponde) y riesgos de no recibir tratamiento.
21. Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley, y a ser informados de las consecuencias médicas de su decisión.
22. Esperar que este centro quirúrgico ambulatorio acreditado proporcione evaluación, servicios y/o derivaciones según lo indicado para situaciones urgentes. Cuando sea médicamente posible, el paciente o la(s) persona(s) de apoyo designada(s) recibirán información completa y explicación sobre la necesidad y las alternativas al traslado a otro centro. El centro al que se trasladará al paciente primero debe haber aceptado al paciente para el traslado.
23. Obtener información sobre cualquier relación financiera y/o profesional que exista entre este centro y otras instituciones educativas y de atención médica en lo que respecta a su atención. El paciente tiene derecho a obtener información sobre cualquier relación profesional que exista entre las personas involucradas en su procedimiento o tratamiento.
24. Ser informado si este centro de cirugía ambulatoria acreditado propone participar o realizar experimentos con humanos que afecten su atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en proyectos de investigación.
25. Toda consideración de privacidad a lo largo de su experiencia médica, que incluye, entre otros, lo siguiente: Confidencialidad y conducta discreta durante las discusiones de casos, consultas, exámenes y tratamientos/procedimientos. Aquellos que no estén directamente involucrados en su cuidado deben tener el permiso del paciente para estar presentes. Todas las comunicaciones y registros relacionados con la atención del paciente se tratarán de forma confidencial. Los pacientes tendrán la oportunidad de aprobar o rechazar su liberación, excepto cuando la ley lo exija.
26. Esperar una continuidad razonable de la atención, que incluye, entre otros, lo siguiente: El derecho a saber de antemano qué horarios de citas y proveedores médicos están disponibles y dónde; El derecho a tener acceso a información de su proveedor médico o persona designada sobre los requisitos continuos de atención médica después del alta; El número para llamar si tiene preguntas o atención de emergencia
27. Tener acceso y examinar una explicación de su factura independientemente de la fuente de pago; ser informado sobre tarifas por servicios y políticas de pago por adelantado, política de atención benéfica y de indigentes, cargos por servicios no cubiertos por terceros pagadores y credenciales de profesionales de atención médica.
28. Que un miembro de la familia, un representante designado o una persona de apoyo designada de su elección participe en todas las fases de su atención. Todos los derechos del paciente se aplican a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar decisiones sobre su atención médica en nombre del paciente. El paciente y el familiar, el representante designado o la(s) persona(s) de apoyo designada(s) tienen derecho a saber qué reglas y regulaciones del centro se aplican a su conducta como paciente e invitado durante todas las fases del tratamiento.
29. Estar libre de toda forma de abuso, negligencia o acoso.
30. Conocer sus derechos como paciente antes o al interrumpir la prestación de atención. El paciente tiene derecho a ejercer sus derechos sin ser objeto de discriminación ni represalias.
31. Ser informado sobre los procedimientos para expresar sugerencias, quejas y quejas, incluidos los requeridos por las regulaciones estatales y federales.
32. Permanecer libre de reclusión o restricciones de cualquier forma que no sean médicamente necesarias. El paciente puede optar por abandonar las instalaciones incluso en contra del consejo médico.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El paciente tiene la responsabilidad de:

- j. Proporcionar información completa y precisa lo mejor que pueda sobre su salud (es decir, síntomas, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, cualquier otro problema relacionado con la salud), cualquier medicamento, incluidos los de venta libre, productos de venta libre y suplementos dietéticos y cualquier alergia o sensibilidad.
- k. Dando a saber si se han explicado y comprendido los riesgos, beneficios y tratamientos alternativos del procedimiento/tratamiento quirúrgico planificado.
- l. Seguir el plan de tratamiento establecido por el médico, incluidas las instrucciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud, dadas por el médico.
- m. Proporcionar un adulto responsable para transportarlo desde el centro quirúrgico y permanecer con él durante 24 horas, si así lo requiere su proveedor.
- n. Las consecuencias de rechazar el tratamiento y/o seguir instrucciones/consejos médicos
- o. Asegurando que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.
- p. Siendo respetuoso con todos los proveedores y personal de atención médica, así como con los demás pacientes.
- q. Seguir las políticas y procedimientos de la instalación.
- r. Informar a su proveedor sobre cualquier testamento vital, poder médico u otra directiva que pueda afectar su atención.

PATIENT CONCERNS

Se anima a los pacientes a presentar cualquier inquietud o queja, por escrito, al Administrador de Athens Endoscopy, LLC. Por favor envíe su queja a: **TanDeKaH Scott, Practice Administrator, Athens Endoscopy, LLC, 21 Jefferson Place, Suite 2, Athens, Georgia 30601**. También puede comunicarse con el **Lider de Equipo de Athens Endoscopy (706-433-0788)**. Trabajaremos para abordar y resolver el problema de manera profesional. Tiene derecho a llevar sus inquietudes directamente a: Quad-A (888-545-5222 o investigations@quada.org); The Georgia Department of Community Health (404-657-5726). Consulte las direcciones publicadas en el sala de espera de pacientes.

CUESTIONES RELATIVAS A MEDICARE

Problemas relacionados con Medicare: La Oficina de Medicare Beneficiary Ombudsman: 1-800-MEDICARE o <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

****Todas las quejas serán investigadas. No se planteará ningún problema por presentar una queja ante la organización****

****Para obtener más información sobre este Aviso de privacidad, comuníquese con: Líder del equipo de endoscopia de Atenas (706-433-0788).****

****Este aviso entra en vigor a partir de la fecha de entrada en vigor. Esta fecha no debe ser anterior a la fecha en la que se imprime o publica el aviso****

Athens Endoscopy, LLC

Patient Privacy, Practice Ownership, and Release of Info

****TODO EL PERSONAL DEL CENTRO QUE REALIZA ACTIVIDADES DE ATENCIÓN AL PACIENTE DEBE OBSERVAR ESTOS DERECHOS****

AVISO DE PRIVACIDAD

EL SIGUIENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISA LA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

- Su información médica confidencial puede ser divulgada a otros profesionales de la salud dentro de Athens Endoscopy, LLC con el fin de brindarle atención médica de calidad.
- Su información médica confidencial puede ser divulgada a su proveedor de seguros con el fin de que Athens Endoscopy, LLC reciba el pago por brindarle los servicios de atención médica necesarios.
- Su información confidencial de atención médica puede divulgarse al público o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en caso de una investigación en la que usted sea víctima de abuso, delito o violencia doméstica.
- Su información médica confidencial puede divulgarse a otros proveedores de atención médica en caso de que necesite atención de emergencia.
- Su información confidencial de atención médica puede divulgarse a una organización de salud pública u organización federal en caso de una enfermedad transmisible o para informar un dispositivo defectuoso o un evento adverso a un producto biológico (alimento o medicamento).
- Su información confidencial de atención médica no podrá divulgarse para ningún otro propósito que no sea el identificado en este aviso.
- Su información confidencial de atención médica puede divulgarse solo después de recibir su autorización por escrito. Puede revocar su permiso para divulgar información médica confidencial en cualquier momento.
- Es posible que Atenas se comunique con usted para recordarle cualquier cita, opciones de tratamiento de atención médica u otros servicios de salud que puedan ser de su interés.
- Athens Endoscopy, LLC puede comunicarse con usted con el fin de recaudar fondos para apoyar las operaciones de la organización.
- Tiene derecho a restringir el uso de su información médica confidencial. Sin embargo, Athens Endoscopy, LLC puede optar por rechazar su restricción si entra en conflicto con brindarle atención médica de calidad o en caso de una situación de emergencia.
- Tiene derecho a recibir comunicación confidencial sobre su estado de salud.
- Tiene derecho a revisar y fotocopiar cualquiera o todas las partes de su información de atención médica.
- Tiene derecho a realizar cambios en su información de atención médica si no es precisa.
- Tiene derecho a saber quién ha accedido a su información médica confidencial y con qué propósito.
- Usted tiene derecho a poseer una copia de este Aviso de Privacidad previa solicitud. Esta copia puede realizarse en forma de transmisión electrónica o en papel.
- La ley exige que Athens Endoscopy, LLC proteja la privacidad de sus pacientes. Mantendrá confidencial toda la información médica del paciente y les proporcionará una lista de deberes o prácticas que protegen la información médica confidencial.
- Athens Endoscopy, LLC cumplirá con los términos de este aviso. La organización se reserva el derecho de realizar cambios en este aviso y continuar manteniendo la confidencialidad de toda la información médica. Los pacientes recibirán una copia por correo de cualquier cambio a este aviso dentro de los 60 días posteriores a la realización de los cambios.
- Tiene derecho a presentar una queja ante Athens Endoscopy, LLC si cree que se han violado sus derechos a la privacidad. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, envíe su queja por correo a: Consulte PREOCUPACIONES DEL PACIENTE a continuación.

PROPIEDAD

Entiendo que los médicos del personal de Athens Endoscopy, LLC que brindan servicios médicos son, de hecho, los propietarios del centro. Entiendo que puedo optar por realizar mi cirugía en un centro que no sea propiedad de médicos. Me han dado esta opción y elijo operarme en Athens Endoscopy, LLC.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, Athens Endoscopy, LLC está autorizada a solicitar y/o divulgar cualquier registro médico, resultados radiográficos o de imágenes de diagnóstico, pertinentes para la atención médica del paciente mencionado anteriormente, de cualquier compañía de seguros, ajustador, abogado u otro proveedor de atención médica, pero sin incluirlos. Entiendo que la información divulgada a estas instalaciones se utilizará para avanzar o procesar mi reclamo con mi compañía de seguros. Esta autorización se otorga con pleno conocimiento de que dicha divulgación puede contener información de naturaleza confidencial y puede resultar en una denegación de cobertura de seguro (en el caso de que las reclamaciones se presenten a una compañía de seguros en su nombre) por los servicios prestados por el médico de Atenas. Endoscopia. La información divulgada no será proporcionada, vendida ni transferida a ninguna otra persona no mencionada anteriormente. Entiendo que tengo derecho a una fotocopia de esta autorización cuando la solicite.

CESIÓN DE BENEFICIOS Y MI RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Es política de Athens Endoscopy, LLC cobrar el pago en el momento de la visita. Si tiene una póliza con una compañía con la que tenemos contrato, con gusto presentaremos su reclamo por usted. Sin embargo, se espera que usted pague cualquier copago, deducible o costo de bolsillo (que no cubre la seguridad) al momento del servicio. Si su proveedor está fuera de la red, se espera que usted pague al momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos con el asesor financiero. Entiendo que mi compañía de seguros puede enviarme pagos por los servicios prestados. Por la presente asigno a Athens Endoscopy, LLC todos los beneficios quirúrgicos, de seguro médico y/u otros beneficios, si los hubiera, que de otro modo me pagarían por los servicios. Acepto endosar los cheques a Athens Endoscopy, LLC. Entiendo que si uso los ingresos del seguro para mi uso personal, he cometido fraude de seguro. Por la presente autorizo y dirijo el pago directamente a Athens Endoscopy, LLC por parte del deudor de dichos beneficios. Además, por la presente asigno y transfiero a Athens Endoscopy, LLC, a menos que se hayan pagado los cargos por sus servicios, la mayor parte de cualquier causa de acción o derecho de recuperación y cualquier producto de pago relacionado con los mismos, que pueda tener contra cualquier tercero y dirigir a mi abogado, si uno ha sido contratado, así como cualquier persona o compañía de seguros obligada a pagarme daños o restitución, a deducir el monto de cualquier factura pendiente de Athens Endoscopy, LLC, cualquier producto del acuerdo u otros ingresos que se me pagarán directamente a mí, antes de recibir dicho producto. Entiendo que el pago vence cuando se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Asigno todos los beneficios médicos y/u quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos importantes por los servicios prestados, a Athens Endoscopy, LLC. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Soy consciente de que cualquier cargo NO CUBIERTO por mi póliza de seguro es mi responsabilidad. Además, entiendo que si alguna cuenta con Athens Endoscopy, LLC se entrega a una agencia de cobro, seré responsable de cualquier interés adicional sobre mi saldo pendiente o cargos en los que se pueda incurrir en el cobro de mi cuenta.

POLÍTICA DE PRESCRIPCIÓN

Las recetas y resurtidos de medicamentos se emiten únicamente durante el horario de oficina. 7:30 am a 4:00 pm, de lunes a viernes. No se reabastecerán medicamentos por teléfono fuera del horario de atención ni los fines de semana. Si tiene una situación de emergencia, lo dirigirán al departamento de emergencias del hospital local. Durante el curso del tratamiento en nuestro consultorio, no obtenga analgésicos de ninguna otra fuente.

DIRECTIVAS AVANZADAS

Doy mi consentimiento para todas las medidas de reanimación que mi médico considere necesarias en caso de una emergencia que ponga en peligro mi vida. Athens Endoscopy, LLC no está equipada para determinar si existe un evento que pone en peligro la vida; El paciente será tratado, estabilizado y transportado en ambulancia al hospital de su elección. Doy mi consentimiento para el traslado de emergencia al hospital en caso de que sea necesario recibir atención hospitalaria de emergencia. Se puede colocar una copia de la directiva anticipada en el expediente si el paciente lo desea y enviarla al hospital en caso de un traslado. La información sobre las directivas anticipadas está disponible a petición del paciente. El centro de admisión no está afiliado ni asociado con Athens Endoscopy, LLC.