



Gastroenterology, Hepatology and Endoscopy

American Board of Internal Medicine

Diplomate in Gastroenterology & Internal Medicine

David Cohen, M.D.

Arin H. Newman, M.D.

Daniel Wolfson, M.D.

ESTIMACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS

Como servicio a nuestros pacientes, proporcionamos la siguiente estimación de los costos médicos probables que deberá pagar por su procedimiento ambulatorio. Usted será responsable de los costos que no cubra Medicare o cualquier otro seguro médico.

Tenga en cuenta que esta es una estimación **SOLO** de las tarifas cobradas por esta práctica. Esta estimación se basa en la información clínica y del seguro disponible en el momento de la solicitud.

Procedimiento(s): _____

Costos medicos del doctor: _____

No cubre los servicios prestados por otros médicos o servicios como:

- Anestesiólogos
- Pruebas de laboratorio / Patología
- Costos del hospital / centro quirúrgico

Comuníquese con el centro ambulatorio u hospital y con su compañía de seguros para obtener una estimación de costos que refleje su nivel de beneficios, deducibles y coseguro.

Entiendo que esto es solo una estimación y puede estar sujeto a variaciones. Reconozco que es mi responsabilidad confirmar con mi seguro médico el nivel de cobertura que tengo y qué monto será mi responsabilidad. Se me ha informado que otros profesionales de la salud pueden estar involucrados en mi tratamiento y entiendo que esta estimación no incluye sus honorarios ni cargos.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

CENTRO QUIRÚRGICO / HOSPITAL

Mount Sinai Medical Center
Gummenick Building 1st floor
4300 Alton Rd
Miami Beach, FL 33140
Phone# 305-674-2498

Aventura Hospital
(Register on the 1st floor)
20900 Biscayne Blvd
Aventura, FL 33180
Phone# 305-982-7000

Surgery Center of Aventura
20601 East Dixie Highway
Suite 400
Aventura, FL 33180
Phone# 305-792-0323

Baptist Endoscopy Center
709 Alton Rd, Suite 130
Miami Beach, FL 33139
Phone# 786-204-4010

DAVID COHEN, M.D.

ARIN H. NEWMAN, M.D.

DANIEL WOLFSON, MD

Paciente _____ **Fecha** _____

Seguro: _____ **Iniciales:** _____

Dr. David Cohen, Dr. Arin Newman, Dr. Daniel Wolfson o cualquier otro de los médicos asociados que ha(n) discutido mi problema de salud conmigo y me ha(n) explicado en términos legales el/los siguiente(s) procedimiento(s) que deberán realizarse durante mi tratamiento.

Sigmoidoscopia Flexible (Con posible biopsia)

Diagnostico: _____ **Iniciales:** _____

Colonoscopia con posible biopsia y polypectomy. Electrocoagulación Transluminal y/o Escleroterapia de areas sabgrantes.

Diagnostico: _____ **Iniciales:** _____

Esofagogastroduodenoscopia con posible biopsia, polipectomia, dilatación esofagica o Pilarica, electrocoagulación y/o escleroterapia de áreas sangrantes.

Diagnostico: _____ **Iniciales:** _____

Remocion de Tejido Anormal

Diagnostico: _____ **Iniciales:** _____

Gastrostomia endoscopia percútanla.

Diagnostico: _____ **Iniciales:** _____

Dilatación esofágica

Diagnostico: _____ **Iniciales:** _____

Otro: _____

Diagnostico: _____ **Iniciales:** _____

Me medico me ha(n) informado debidamente y entiendo los riesgos concomitantes y la posibilidad de que surjan complicaciones así como las alternativas médicamente aceptables a el/los procedimiento(s). Entre estos riesgos o complicaciones se incluyen: Posible molestia, inflamación o flebitis del área donde esta aplicado el suero ("IV"). Daño al tracto digestivo provocado por el instrumento el cual puede resultar en perforación

A. Snagramiento, el cual si ocurre, es usualmente una complicación de la biopsia, polipectomia o dilatación. El maneja de esta complicación podría consistir solamente en cuidadosa observación o podría requerir una transfusión de sangre o una posible cirugía para controlar la situación.

B. Otros riesgos incluyen reacciones a medicamentos por otras enfermedades asociadas que usted pueda sufrir tales como una embolia o ataques cardiacos. Usted debe informar a su medico sobre todas sus

GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY AND ENDOSCOPY

DAVID COHEN, M.D.

ARIN H. NEWMAN, M.D.

DANIEL WOLFSON, MD

tendencias alérgicas y problemas medicas. Todas estas complicaciones son posibles pero ocurren con muy poca frecuencia. Entendiendo los riesgos que implica este procedimiento yo doy mi consentimiento para que los médicos que atienden mi caso me administren, si lo estiman necesario, transfusiones de sangre o de componentes sanguíneos en el transcurso del procedimiento y/o el tratamiento que se me aplique, no existiendo garantía alguna en cuanto a dicho sangre o dichos componentes sanguíneos.

Si surgiera alguna condición imprevista en el curso del procedimiento, autorizo por este medio y/o su(s) asociado(s) a tomar las medidas necesarias para realizar cualquier procedimiento que estimen conveniente, el/los cual(es) pudiera(n) ser complementarios o diferentes a los que han sido discutidos conmigo.

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías o se hagan grabaciones en el transcurso de este procedimiento con el fin de promover la instrucción en el campo de la medicina, según lo autoricen los médicos que me atienden, así como para que se permita la entrada de observadores calificados al salón de procedimientos, según lo determine el hospital. He sido totalmente informado(a) y autorizo el uso de la sedación. La forma en que se uses puede resultar en la pérdida de mis reflejos protectores. He leído y entendido todo lo anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto a los procedimientos ya han sido respondidas a mi plena satisfacción.

El Testigo	Firma Del Paciente	Fecha

Si el paciente no puedo das su consentimiento o es menor de edad, proporcione la siguiente información: El paciente no puede dar su consentimiento porque:

El testigo	Firma del Tutor Legal	Fecha

Certificación del Medico:

Por este medio es certificado que el/la paciente, o la persona autorizado(a) para actuar en su nombre: He recibido toda la información pertinente de mi parte, o de uno de mis médicos asociados, en términos comprensibles para el paciente, con respecto de la naturaleza de procedimiento, las alternativas al tratamiento aceptables desde el punto de vista medica, incluida la posibilidad de negarse a someterse al mismo, así como posibles riesgos y consecuencias para el/la paciente inherentes o asociados con el/los procedimiento(s); y ha autorizado la realización de dicho(s) procedimiento(s).

David Cohen, M.D.

Digitally Signed

Arin Newman, M.D.

Digitally Signed.

Daniel Wolfson, M.D.

Digitally Signed

Fecha

A. Notificante:

B. Nombre del paciente:

C. Número de Identificación:

Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés)

NOTA: Si Medicare o otros seguro no paga por D. _____ a continuación, usted podría tener que pagar. Medicare o otros seguros no paga por todo, incluidos algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica entienda que son necesarios. Se anticipa que Medicare o otros seguros no pague por D. __ a continuación.

D.	E. Motivo por el cual Medicare podría negar el pago:	F. Costo estimado
<input type="checkbox"/> Colonoscopy with Biopsy	<input type="checkbox"/> Medicare does not pay for this test for your condition	\$ 450.00
<input type="checkbox"/> Screening Colonoscopy		\$ 450.00
<input type="checkbox"/> Endoscopy with Biopsy	<input type="checkbox"/> Medicare does not pay for this test as often as this (denied as too frequent)	\$ 250.00
<input type="checkbox"/> Flex Sigmoidoscopy-Biopsy		\$ 350.00
<input type="checkbox"/> Pill Endoscopy	<input type="checkbox"/> Medicare does not pay for experimental or research use tests.	\$1,500.00
<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Other: _____	\$ _____

LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si recibirá D. _____ que se indica arriba.

Nota: Si elige Opción 1 o 2, podríamos ayudarle a utilizar los otros seguros que tenga, pero Medicare o otros seguros no nos puede obligar a hacer esto.

G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir la casilla para usted.

- OPCIÓN 1.** Quiero D. _____ que se indica arriba. Pudiera pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a l seguro para obtener una decisión oficial respecto al pago, la cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o EOB. Entiendo que, si mi seguro no paga, yo seré responsable del pago, pero puedo apelar a mi seguro según las indicaciones en el MSN. Si mi seguro pagará, me serán reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, salvo los copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Quiero D. que se indica arriba, pero no facture a mi seguro. Se podrá pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable del pago. No podré apelar si no se facturara a mi seguro.
- OPCIÓN 3.** No quiero D. _____ que se indica arriba. Entiendo que, con esta elección, no seré responsable del pago, y no podré apelar para saber si mi seguro hubiera pagado.

H. Información adicional:

Este aviso explica nuestra opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare. Si usted tiene otras preguntas relativas a este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Por favor contacte sus seguro por cualquier otra pregunta

Firme abajo para reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del estimado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.