

Idaho Physical Medicine and Rehabilitation, PA
FORMULARIO DE REGISTRO

(Por favor escriba en letra legible)

Fecha de Hoy:				Médico de Cabecera:				
INFORMACIÓN DEL PACIENTE								
Apellido del Paciente:		Nombre:		Segundo:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta.	Estado Civil (circule uno) Soltero/a; Casado/a; Divorciado/a; Separado/a; Viudo/a
Éste es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no, cuál es su nombre legal?		(Nombre anterior):		Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino			Idioma preferido: Dirección De Correo Electrónico:					
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> África Americano <input type="checkbox"/> De Raza blanca <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro								
Dirección:			Numero Seguridad Social::		Teléfono Particular: Teléfono Celular:			
N° Casilla de Correo:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:		
Puesto:		Compañía de Trabajo:			Teléfono del Trabajo: ()			
Elijió la clínica porque / Referido a clínica por: (por favor marque una casilla):				<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Plan de Seguro	<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amistad	<input type="checkbox"/> Cerca de casa/trabajo	<input type="checkbox"/> Páginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Otro				
Farmacia:		Dirección y teléfono						
INFORMACION DE SEGURO								
<small>(Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.)</small>								
Persona responsable de la factura:		Fecha de Nacimiento: / /	Dirección (en caso de ser diferente):			Teléfono de Particular: ()		
Esta persona es paciente aquí:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Puesto:	Compañía Trabajo:	Dirección del Trabajo:			Teléfono de Trabajo: ()			
El paciente esta cubierto por seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
Por favor indique seguro principal		<input type="checkbox"/> [Seguro]						
Nombre Administrador de Caso:		Teléfono:	<input type="checkbox"/> N° Medicaid:		<input type="checkbox"/> Otro			
Titular del Seguro Médico:		N° del Titular:	Fecha de Nacimiento / /	N° Grupo:	N° Póliza:	Co-pago: \$		
Relación del Paciente con el titular:		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro			
Nombre de Seguro Adicional (si corresponde):		Nombre del Titular:		N° Grupo:	N° Póliza:			
Relación del Paciente con el titular:		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro			
EN CASO DE EMERGENCIA								
Nombre de amigo o familiar local:			Relación con el paciente:	Teléfono de Casa: ()	Teléfono Alternativo: ()			
<p><small>Verifico que la información facilitada más arriba es correcta según mi leal saber y entender. Por la presente autorizo el pago de los beneficios de mi seguro medico directamente al Médico. Por otra parte, entiendo y acepto responsabilidad por todos los cargos pendientes. También autorizo a Idaho PMR o el Seguro Médico para utilizar o divulgar cualquier información requerida, con el fin de procesar mis reclamos.</small></p>								
Firma del Paciente/Tutor: _____				Fecha: _____				

CONSENTIMIENTO Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO. Voluntariamente doy mi consentimiento para la atención y tratamiento del Paciente por parte de Idaho Physical Medicine and Rehabilitation P.A. (IPM&R), al igual que por los miembros del personal médico. Dicha atención incluye, pero no se limita a servicios médicos ambulatorios, tales como: cirugías, cuidados de enfermería o terapéuticos; otros procedimientos diagnósticos, servicios de laboratorio y exámenes y procedimientos radiológicos, y la administración de farmacéuticos o anestesia, y otros servicios médicos que sean considerados necesarios según la opinión del médico, enfermero u otros miembros del personal. En el caso de que algún personal médico de IPM&R sufriera un pinchazo de aguja o fuese expuesto a sangre o líquidos corporales, doy mi consentimiento para examinar al Paciente por posibles enfermedades transmitidas por la sangre, para la protección del personal de IPM&R.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS (SOLO APLICA A LOS PACIENTES QUE ESTAN RECIBIENDO TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIO DE IPM&R).

Por favor indique si el Paciente tiene declarado las Instrucciones Anticipadas, Ej. :

Declaración de Ultima Voluntad Carta de Poder Ilimitado Instrucciones del Médico sobre el Alcance del Tratamiento (POST siglas en Ingles), Otro (describe): _____

Entiendo que es la normativa del Centro de Cirugía Ambulatorio de IPM&R no atenerse a cuyas instrucciones anticipadas prohíban recibir tratamiento de mantenimiento vital. En nombre del paciente doy consentimiento para recibir dicho tratamiento, y acepto que se suspenda cualquier instrucción contraria que pueda constar en las instrucciones anticipadas mientras el paciente este bajo los cuidados del Centro de Cirugía Ambulatorio de IPM&R.

CONDICIONES PARA TRATAMIENTO EN IPM&R. En consideración a la atención y tratamiento que el Paciente recibirá o ha recibido en IPM&R, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Responsabilidades del Paciente. Entiendo y acepto las Responsabilidades del Paciente expuestas por IPM&R's en su apartado de la Notificación de Practicas, Derechos del Paciente, y Responsabilidades del Paciente.

2. Acuerdo Financiero. Acepto ser responsable de cualquier co-pago, deducible, u otros cargos profesionales relacionados con el Paciente, no cubiertos por el seguro, programas federales, u otros recursos de pagos, excepto en el grado prohibido por las leyes aplicables o cualquier otro acuerdo entre la compañía de seguro médico e IPM&R. Acepto hacer dichos pagos, sujetos a los términos normales de pago de IPM&R. Según sea procedente, presentar en colaboración con IPM&R, reclamos a las distintas entidades para la asistencia de pago, tales como programas federales, compañía de seguro medico, o terceras partes. Acepto ser responsable por el pago de todos los cargos que no estén cubiertos por el seguro médico o terceras partes. En caso de que el Paciente tuviera una cuenta morosa, acepto pagar los cargos de interés o tasas de acuerdo a las normativas establecidas por IPM&R, lo cual incluye pero no se limita a costes de cobranza razonables, tarifas de la agencia de recaudación, honorarios de los abogados, y tasas judiciales. Por otra parte, estoy de acuerdo de que cualquier exceso de pago recogido para la admisión o tratamiento del Paciente en esta ocasión, podrá ser aplicado directamente a cualquier cuenta morosa del Paciente.

3. Asignación de Pago. Por la presente asigno y autorizo el pago directo a IPM&R de cualquier reembolso o beneficio correspondiente a mi o al Paciente, por parte de programas federales, compañía de seguros, u otra entidad que es o podría ser responsable de los costes asociados con el cuidado del Paciente. Entiendo que esta asignación no será retirada ni cancelada en ningún momento, hasta la liquidación total de la cuenta del Paciente.

4. Practicas de Facturación. Entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier cargo por los servicios prestados y/o beneficios de seguros disponibles son presupuestos, las cuales son basadas en la mejor información disponible en ese momento. IPM&R podrá enmendar dicho presupuesto, y por lo tanto será responsable por los cargos correspondientes al servicio actualmente prestados. Entiendo y acepto que IPM&R requerirá pago de todas las cuentas en el momento de servicio, salvo que IPM&R haya estipulado otro acuerdo. En el caso de tener seguro médico, IPM&R procederá a facturarles, otorgando un plazo razonable para el pago correspondiente por parte de la compañía de seguros. Acepto ser responsable de cualquier cantidad no cubierto por el seguro. En caso de no recibir pago, el Paciente y yo recibiremos factura por todos los cargos e intereses. El pago se realizará al recibir la factura.

EFFECTOS PERSONALES. Entiendo y acepto que IPM&R no se hace responsable de mis efectos personales, y por lo tanto no asumirá responsabilidad alguna en caso de pérdida o daño de dichos efectos.

NO HAY GARANTIA. Entiendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta. Reconozco que IPM&R no me ha dado ninguna garantía con relación a los resultados del cuidado o tratamiento del Paciente.

[VUELTA]

PERSONAS POR LAS CUALES IPM&R NO SE RESPONSABILIZA. Entiendo que IPM&R únicamente es responsable de los actos de sus empleados cometidos en el curso y alcance de sus funciones de trabajo. Entiendo que personas no empleada por IPM&R pueden estar involucrados en mi cuidado o tratamiento; esto incluye, pero no se limita a miembros del personal médico del centro de cirugía ambulatorio de IPM&R, contratistas independientes, agentes, o técnicos de producto. Entiendo que IMP&R no es responsable de los actos u omisiones del personal empleado o no-empleado directamente por IMP&R cuando es cometido fuera del curso y alcance de sus funciones de trabajo.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Por medio del presente certifico que hoy día o en una visita previa a IPM&R recibí copia de la Notificación de las Practicas de Privacidad de IPM&R. [Por favor escriba sus iniciales]: _____

NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE. Por medio del presente certifico que hoy día o en una visita previa a IPM&R recibí copia de la Notificación de los Derechos y Responsabilidades del Paciente. [Por favor escriba sus iniciales]: _____

DIVULGACION DE TITULARIDAD, Idaho Physical Medicine and Rehabilitation, PA es propiedad de:

Robert H. Friedman, MD
Shane A. Maxwell, DO
Barbara E. Quattrone, MD

Christian G. Gussner, MD
Mark J. Harris, MD

Kurt A. Mildenstein, MD
Monte H. Moore, MD

[Por favor escriba sus iniciales]: _____

CONTROL DE CALIDAD Y DE INFECCION, IPM&R mantiene un programa de monitorización diseñado para prevenir, controlar, e investigar las infecciones y enfermedades contagiosas, según esta establecido por normativas nacionales sobre el control de infecciones. Esto se lleva a cabo a través de planes de evaluación de calidad y mejora del rendimiento.

Por medio del presente, confirmo que he leído, entiendo, y acepto este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento. Certifico ser el Paciente o representante legal del Paciente, y por lo tanto ejerzo la autoridad para presentar este Consentimiento y Acuerdo por parte del Paciente. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento, y por consiguiente las respuestas recibidas han sido satisfactorias.

(Nombre)

(Fecha)

(Firma)

Autoridad o Parentesco con el Paciente



CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO

Por favor firme cada hoja de este cuestionario.

FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ H/M _____

¿CUAL ES SU DOLENCIA? _____

¿QUIEN LO REFERIO? _____

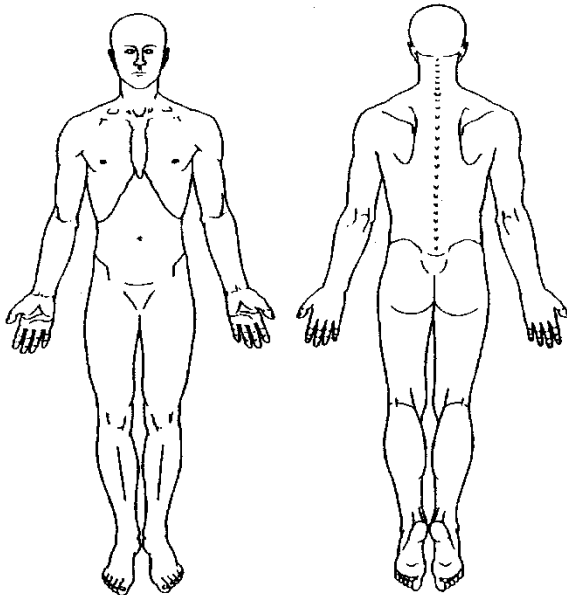
En donde tiene dolor? Por favor indique en el retrato donde tiene dolor ahorita. Use la clave indicada:

Alfileres y agujas=000

Punzante=///

Ardor=XXX

Dolor profundo=ZZZ



¿QUE TIPO DE DOLOR TIENE? (Por favor circule la clasificacion)

0=No tiene dolor

10=Dolor extremo

1. Dolor ahorita?: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Cuando se siente mejor?: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. El peor dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. ¿Que es lo que le hace tener menos dolor? _____
5. ¿Que es lo que le hace tener mas dolor?-- _____

SE HA ECHO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS O ESTUDIOS PARA TRATAR SU PROBLEMA?

<u>ESTUDIOS:</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>
RADIOGRAFIA	_____	_____	_____
MRI Imágenes de resonancia Magnetica	_____	_____	_____
Escan de tomografía Computarizada	_____	_____	_____
Myelografia Radiografia de la medula Usando un medio de contraste	_____	_____	_____
Escan de los huesos	_____	_____	_____
EMG Electromiografia	_____	_____	_____

<u>TRATAMIENTOS:</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>
Medicinas	_____	_____	_____
Inyeccion	_____	_____	_____
Sirugia	_____	_____	_____
Therapia fisica	_____	_____	_____
Otros estudios o Tratamientos:	_____		

HISTORIA CLINICA:

Anote cualquier problema con su salud _____

Anote cualquier cirugia y la fecha:

Medicamentos que esta tomando: _____

Esta alergico a algun medicamento?: _____

Anote cualquier enfermedad que se repite en su familia.

Madre _____ Padre _____ Hermanos o
Hermanas _____

Fuma o usa productos de tabaco? (Por favor circule) Si No
¿Cuantas veces utiliza productos de tabaco? _____

¿Toma bebidas alcoholicas? (cerveza, vino, etc.)? (Por favor circule) Si No
¿Cuántas bebidas de alcohol toma al día/frecuencia? _____

A tenido problemas de drogadiccion o a tomado drogas ilicitas en el paso o el presente? Si No
Por favor explique: _____

PREGUNTAS DE SU SISTEMA *Circule cualquiera de los síntomas o molestias que usted tenga, por favor escriba sus comentarios si es necesario:*

Constitucional: Fiebre, Escalofrió, sudores, perdida de peso, Ho aumento de peso

Ojos: Vista nublada, ceguera, dolor en los ojos, visión doble

Oídos, Nariz, Garganta Dolor de oídos, desminuacion de oído o de quilibrio, mareos, infeccion respiratorio, dolor de garganta

CARDIOVASCULAR: DOLOR EN EL PECHO, FALTA DE RESPIRACIÓN POR ESFUERZO EXCESIVO, PALPITACIÓN DEL CORAZÓN IRREGULAR, ATAQUE CARDIACO

Respiratorio: Tiene tos, falta de respiración, dolor en pecho cuando respira, le sale sangre al toser, pulmonía, bronquitis, asma, enfisema, Tuberculosis

Sistema digestivo: Indigestión, nausea, dolor de estomago, ictericia, se le va el apetito, diarrea, estreñimiento, excremento blando, perdida de control en el intestino,
Úlcera, hernia hiatal, excremento negro

Genitourinario: Dificultad cuando orina, tiene perdida de orina, dolor cuando orina, problemas sexuales, ha expulsado cálculos, tiene algún flujo o secreción en la vagina,
Esta embarazada.

Muscoloesqueletico Caídas, heridas recién, dolor en las articulaciones, dolor en los músculos, hinchazón en las articulaciones, dificultad al hacer actividades del diario, dificultad al caminar, hinchazón en los brazos/piernas, estremecimiento/temblar

Piel Sarpullido, llagas, hinchazon o enrojecimiento de la piel, bolas en los senos, secreción de los senos

Neurología: Embolio, adormecimiento Nuevo, debilidad nueva, dolor de cabeza, mal equilibrio, mareos, convulsion

Psiquiátrico: Ansiedad, depression, enojo, problemas dormiendo, energia baja, pensamiento o intento de suicidio

Endocrino: Sudor, mucho cansancio, orina frecuente, problemas de azúcar en la sangre, problemas menstruales, perdida de peso, aumento de peso

Hematológicas: Extraño sangramiento, bola nueva, sangrado por la nariz, glándulas hinchadas

Alergias: Nueva reacción a algún medicamento, alergias, ronchas, respiración sibilante

Infección: HIV, SIDA Hepatitis, Otro _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Revisado por el Doctor: _____ Fecha: _____

Lista de Medicinas

Estimado Paciente,

Cada año a través de todos los Estados Unidos, aproximadamente 2.3 millones de personas se enferman o recaen con síntomas adversos a causa de la terapia medicinal. Estos eventos de síntomas adversos atribuyen a que el 4.7% de los casos sean hospitalizados, con gastos de hasta \$3.8 millones de dólares cada año.

Aquí en nuestras clínicas de Idaho Physical Medicine and Rehabilitation y en el Centro de Cirugía, las medicinas que se les da a los pacientes es algo que tomamos muy en serio. Nosotros creemos que usted es una llave clave de nuestro equipo que se necesita para obtener una lista correcta de todas sus medicinas. Esta lista incluye el nombre, dosis, y frecuencia de las medicinas que toma. Nosotros sabemos que esta información es difícil y muy detallada para recordar por eso le pedimos que traiga todos los frascos de medicinas (incluyendo vitaminas, hierbas medicinales, cremas especiales, o lociones, laxantes, y cualquier remedio que usted consume) cuando asista a su cita de doctor. En caso que no sea posible de traer los frascos de medicina, por favor anote toda la información de sus medicinas en la forma incluida con esta carta.

Cuando usted se presente a su cita en la clínica o en el centro de cirugía, se le pedirá que se revise la información que nosotros tenemos tocante a sus medicinas en nuestro archivo medico y haremos los cambios necesarios basado en los frascos de medicina o la información en su lista.

Nosotros estamos dedicados a proveer el cuidado más alto de calidad y más seguro, y apreciamos su cooperación en apoyarnos en cumplir con esta meta. Por favor de llamar a los números de teléfonos (208)287-6553 o al (208)287-6550 para mas información.

Sinceramente,
LOS MEDICOS DE IPMR

IDAHO PHYSICAL MEDICINE and REHABILITATION, PA

notificación de la política, LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

LOS DERECHOS DEL PACIENTE. Los pacientes de IPM&R tienen los siguientes derechos:

- Ser tratado con respeto, consideración y dignidad, y estar libre de todo tipo de abuso u hostigamiento por parte de los empleados, otros pacientes o visitas.
- Recibir, dentro del alcance de lo reconocido, información completa acerca del diagnóstico, evaluación y pronóstico; y a ser informado de los tratamientos o procedimientos contemplados, así como del resultado esperado, antes de realizar cualquier tratamiento o procedimiento
- Participar en las decisiones sobre su cuidado de salud y tomar decisiones informadas sobre su tratamiento antes de realizar el mismo, excepto en el caso cuya participación no sea clínicamente apropiada.
- Otorgar Instrucciones Anticipadas sobre las preferencias de tratamiento del paciente, en consistencia con la ley de Idaho. También, que esas instrucciones se cumplan, estando sujeto a las limitaciones descritas abajo.
- Poder cambiar de médico u otros miembros del personal médico involucrados en el cuidado del paciente, en caso de que otros médicos o miembros del personal médico estén disponibles.
- Recibir tratamiento dentro de un entorno seguro.
- Tener privacidad razonable durante el tratamiento del paciente, inclusive durante actividades de higiene personal, durante tratamientos médicos o quirúrgicos, o según se considere apropiado.
- Derecho a la confidencialidad de la información de salud del paciente, y de obtener y ejercer ciertos derechos en relación a la información médica del paciente, según descrito con más detalle dentro del apartado de la Notificación de Las Prácticas de Privacidad de IPM&R.
- Ejercer los derechos del paciente sin estar sujeto a discriminación o represalia alguna.
- Si bajo las leyes de Idaho se determina que el paciente es incompetente, por consiguiente el representante legalmente autorizado del paciente tomará las decisiones acerca del tratamiento y ejercerá los derechos del paciente.
- Expresar cualquier sugerencia, queja o presentar un reclamo acerca del cuidado del paciente, poniéndose en contacto con: **ATTN: State Agency Representative, Bureau of Facility Standards, Non – Long Term Care Co-Supervisor** . También, puede exponer una queja o reclamación con: Idaho Bureau of Facility Standards @ 3232 Elder St., Boise, Idaho 83705, (208) 334-6626 o www.facilitystandards.idaho.gov, y/o con: The Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman (*Defensor Beneficiario de la Oficina de Medicare*), (800) 633-4227 o www.cms.hhs.gov/ombudsman/resources.asp.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE. Además de los derechos mencionados anteriormente, los pacientes de IPM&R así como sus representantes legalmente autorizados, también tienen ciertas responsabilidades con el fin de ayudarnos a ofrecerles un cuidado efectivo. Dando su consentimiento para recibir tratamiento en IMP&R, usted acepta las siguientes responsabilidades:

- De proveer información completa y precisa acerca de la salud del paciente, incluyendo problemas de salud presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos (incluyendo productos sin receta o suplementas dietéticos), alergias, sensibilidades específicas, y otros asuntos que estén relacionados con la salud del paciente.
- De informar al médico del paciente u otro personal médico sobre cualquier cambio inesperado en la condición del paciente, esto incluye pero no se limita a complicaciones después de alguna cirugía.
- De exponer preguntas o avisar al médico o personal médico si no entiende algo o necesita más información acerca del tratamiento de cuidado del paciente.
- De notificar a IPM&R si el paciente tiene ejecutado instrucciones anticipadas, como por ejemplo: Declaración de Última Voluntad, Carta de Poder Ilimitado, Instrucciones del Médico sobre el Alcance del Tratamiento (“POST” siglas en Inglés) u otro documento semejante.

- De mantener las citas establecidas y avisar a IPM&R por lo menos con 24 horas de antelación en caso de no poder acudir el paciente.
- De seguir el plan de tratamiento e instrucciones del médico del paciente o del personal médico acerca del cuidado o tratamiento del paciente, esto incluye pero no se limita a instrucciones tanto pre-operatorio como post-operatorio.
- De las consecuencias en caso de que se negara a recibir el tratamiento recomendado, o no siguiera las órdenes e instrucciones acerca del plan de tratamiento o cuidado del paciente.
- De asignar a un adulto responsable para transportar al paciente ida y vuelta a IPM&R, en caso de que el paciente fuese a tener una cirugía, y también de permanecer con el paciente hasta 24 horas después de la misma, a menos que reciba otras instrucciones del médico.
- De ser considerado y respetuoso con el personal médico de IPM&R, así como con los otros pacientes y visitantes. Por otra parte debe evitar mantener un comportamiento perjudicial o negativo que a su vez pueda interferir con los cuidados ofrecidos en IPM&R.
- De ser responsable de los efectos personales del paciente, y también respetar la propiedad personal de IPM&R y de los otros pacientes o visitantes.
- De leer y entender todos los avisos, consentimientos y otros documentos relacionados con el tratamiento del paciente o con la política de IPM&R, como de hacer preguntas en caso de no entender dichos documentos.
- De cumplir con la política y normativas de IPM&R en relación al cuidado del paciente, conducta, y pago por los servicios prestados por IPM&R.
- De cumplir puntualmente con las obligaciones financieras por los servicios prestados por IPM&R, y de asumir total responsabilidad financiera por los servicios prestados en IPM&R a pesar del seguro médico que pueda tener el paciente; incluyendo responsabilidad por cualquier cargo no cubierto por el seguro correspondiente.
- De avisar a IPM&R en caso de tener alguna pregunta, inquietud, o queja acerca del cuidado recibido en IPM&R o de la política y practica de IPM&R.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS. Pacientes competentes tienen derecho a ejecutar instrucciones anticipadas, las cuales documentan las preferencias de tratamiento del paciente o nombran a un representante para tomar las decisiones por el paciente en caso que el paciente estuviera incapacitado, Ver: *Idaho Code § 39-4509 et seq.* Instrucciones Anticipadas incluyen: Declaración de Última Voluntad, Carta de Poder Ilimitado, y Instrucciones del Médico sobre el Alcance del Tratamiento (“POST” siglas en Inglés). IPM&R mantendrá una copia disponible de la Declaración de Última Voluntad de Idaho, Carta de Poder Ilimitado o de las Instrucciones del Médico sobre el Alcance del Tratamiento (POST siglas en Inglés); sin embargo, IPM&R recomienda que usted busque asesoramiento legal cuando considere la ejecución de estos formularios. A continuación vera la política de las instrucciones Anticipadas.

En General. Por norma general IPM&R respetara las instrucciones anticipadas documentadas del paciente, de la cual IPM&R tiene notificación sobre el alcance de que dichas instrucciones anticipadas son consistentes con la aplicabilidad legal apropiada, según los médicos. Excepto que se disponga lo contrario mas abajo:

La Política de “No Resucitar” Por motivos éticos y profesionales, es la política de IPM&R de tomar medidas apropiadas según los médicos para revivir o estabilizar a un paciente en IPM&R que puede estar sufriendo una condición que pelagra su vida. Esto incluye, pero no se limita al uso de procedimientos de soporte vital cardíaco u otros tratamientos de mantenimiento vital, y de transportar al paciente a un hospital apropiado para recibir tratamientos adicionales. Por consiguiente, IPM&R no cumplirá con la política de POST sobre la orden de No Resucitar (“DNR” siglas en Inglés), ni tampoco con otras instrucciones anticipadas cuyas instrucciones tienen como fin prohibir tratamientos de soporte vital. Con mi consentimiento para recibir cuidados en IPM&R, también acepto recibir dichos tratamientos de mantenimiento vital; renunciando o suspendiendo cualquier orden contrario, estipulado dentro de mis instrucciones anticipadas. Si usted no esta de acuerdo en recibir tratamiento de soporte vital, debe notificar de inmediato a IPM&R, para que a su vez el cuidado del paciente sea transferido a otro proveedor de salud mas apropiado.

DIVULGACION DE LOS INTERESES DE TITULARIDAD. Es posible que el médico del paciente tenga titularidad o intereses económicos en el centro de cirugía ambulatorio de IPM&R. Si usted desea una lista de los médicos con titularidad o intereses económicos en dicho centro, por favor pregúntele a nuestra recepcionista.