

Commonwealth

Orthopaedics

Retornando a **su** vida.

George Aguiar, MD
Christopher C. Annunziata, MD
Gordon L. Avery, MD
Dean R. Bennett, MD
Anne M. Bielamowicz, MD
Ronald C. Childs, MD
Nancy R. Couleman, MD
Alexander S. Croog, MD
Allen G DeLaney, MD, ME
Robert M. Dombrowski, MD
J. Mark Evans, MD
Mark C. Hartley, MD
William A. Hazel, Jr., MD
Steven S. Hughes, MD
Ben W. Kittredge, IV, MD
Thomas J. Klein, MD
H. Edward Lane, III, MD
Charles S. Lefton, MD
William C. Lennen, MD
Matthew J. Levine, MD
Mark P. Madden, MD
Thomas A. Martinelli, MD
B. Thomas Mazahery, MD
John P. McConnell, MD
Mark R. McMahon, MD
David J. Novak, MD
D. Andrew Parker, MD
Tushar Ch. Patel, MD
Frank A. Pettrone, MD
Brett M. Robinson, MD
David W. Romness, MD
Kevin D. Sumida, MD
Daniel E. Thompson, MD
Charles R. Ubelhart, MD
Peter J. Verdin, Jr., MD
Brantley P. Vitek, Jr., MD
Daniel E. Weingold, MD
Young J. You, MD
Bruce S. Zimmer, MD

Alexandria
Arlington
Burke
Fairfax
Herndon
Lansdowne
Reston
Springfield
Tysons Corner



www.c-o-r.com

Estimado/a paciente:

Su médico indicó que necesita una cirugía. Para programar su cirugía, nuestro personal verificará los beneficios de su seguro, determinará si se requiere una autorización previa y preguntará acerca del monto de su co-pago y/o deducible.

El recepcionista luego le notificará el lugar y fecha de su cirugía. En ese momento, le informarán el costo de su co-pago y/o deducible para la cirugía. Le solicitamos que pague éstos antes de la fecha programada para su cirugía.

Si tiene alguna pregunta relacionada con la facturación de su cirugía, sírvase contactarse con nuestra Oficina de Facturación (Billing Office), llamando al 703-383-6469.

Le agradecemos su cooperación. Le deseamos una rápida recuperación.

Commonwealth Orthopaedics

13350 Franklin Farm Road
Suite 100
Herndon, VA 20171
703-234-1010
703-234-1301 FAX

8501 Arlington Blvd.
Suite 550
Fairfax, VA 22031
703-573-2363
703-573-7609 FAX

NOTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA PARA LAS INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO

Esta Institución requiere que cada paciente firme la siguiente notificación previo a programar un procedimiento, de conformidad a lo previsto por la Ley de Auto Determinación (Self-Determination Act - PSDA) y a la ley y normas estatales relacionadas con las instrucciones por anticipado. Las directivas anticipadas son comunicados que indican el tipo de tratamiento médico que un individuo desea recibir o no en caso de que este individuo, o la persona autorizada para tomar decisiones, no puedan hacerlo. Las directivas anticipadas se realizan ante la presencia de un testigo y con anterioridad a que el paciente se lesione o contraiga una enfermedad grave.

Existen varios tipos de instrucciones por anticipado, las formas más comunes son:

Testamento vital

Éste generalmente indica el tipo de cuidado médico que un individuo desea recibir o no en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones.

Poder Legal Para la Atención Médica

Este es un documento firmado y fechado en presencia de un testigo. A través de este documento se designa, como representante o apoderado del individuo, a otra persona para que tome las decisiones médicas en su nombre; en caso de que éste no pueda hacerlo.

En el nivel de cuidado ambulatorio, si el paciente sufre un paro cardíaco o respiratorio u otra situación que pueda amenazar su vida, el consentimiento firmado implica que dio su autorización para que se realice una resucitación y se lo transfiera a un nivel de cuidado más alto. Por lo tanto, de conformidad con la ley federal y estatal, la Institución le notifica que esta instrucciones por anticipado prevalecerá sobre las que se hayan firmado anteriormente. Si no está de acuerdo debe tratar este asunto con su médico o anestesista, antes de firmar este formulario.

He leído y entendido completamente la información de este formulario de cesión de derechos.

Firma del paciente

Fecha

Testigo de la firma del paciente

Fecha

Si el paciente no puede firmar, o es menor de edad, firme a continuación:

Firma de un familiar cercano o del tutor legal

Fecha

Testigo de la firma del pariente/tutor

Fecha

[] **Herndon Surgical Suite**
13350 Franklin Farm Road
Suite 100
Herndon, Virginia 20171
(703) 234-1010
(703) 234-1301 FAX
Lunes a viernes, de 6 a.m. a 4 p.m.

[] **Fairfax Surgical Suite**
8501 Arlington Boulevard
Suite 550
Fairfax, Virginia 22031
(703) 573-2363
(703) 573-7609 FAX
Lunes a viernes, de 6 a.m. a 4 p.m.

Nombre _____

Peso _____ Altura _____

Apnea del Sueño: Sí No

Uso de la Máquina de Presión Continua de Aire
(CPAP): Sí No

INSTRUCCIONES PREQUIRÚRGICAS

PREQUIRÚRGICO

1. **NO** tome aspirinas o drogas antiinflamatorias (es decir, Motrin, Aleve, Advil) las 2 semanas previas y las 2 semanas posteriores a la cirugía; salvo que su médico indique lo contrario.
2. Deben realizarse **pruebas pre-quirúrgicas** dentro de los siete días previos a la fecha programada para su cirugía (trabajos de laboratorio, electrocardiograma (EKG), autorización médica, **si su médico lo solicita**), los resultados de las pruebas deben estar en la sala de operaciones 48 horas antes del día programado para su cirugía.
3. ***Envíe por FAX, al número indicado anteriormente, los resultados de las pruebas preoperatorias a la sala de operaciones designada***
4. **NO** se le permitirá manejar luego de la cirugía. Debe haber un adulto responsable con usted durante su visita al centro de cirugías. Alguien **DEBE** estar disponible para quedarse con usted las primeras 24 horas posteriores al alta médica.
5. Si es menor de 18 años, un padre o tutor legal **DEBEN** acompañarlo.
6. Una enfermera pre-quirúrgica lo llamará varios días antes de la cirugía para revisar su historia médica. Puede comunicarse directamente con la enfermera pre-quirúrgica, llamando al **703-205-2666**.

24 HORAS ANTES DE LA CIRUGÍA

1. **NO** coma o beba pasada la media noche de la noche previa a la cirugía (salvo que le sea indicado lo contrario).
2. **NO** fume al menos 24 horas antes de la cirugía. Es mejor evitar fumar la semana previa y las 2 semanas posteriores a la cirugía.
3. Un miembro del personal lo llamará **1-2 días antes del día de la cirugía** para confirmar la **hora asignada de llegada** a la sala de operaciones.
4. **Si no lo han llamado, sírvase comunicarse con la sala de operaciones designada, llamando al número de teléfono indicado en la parte superior de esta página.**

LA MAÑANA DE LA CIRUGÍA

1. Tome todos los medicamentos como le fueron prescritos, con un **TRAGUITO** de agua (salvo que se indique lo contrario).
2. Báñese como habitualmente lo hace. Evite colocarse lociones o cremas humectantes espesas. Puede lavarse los dientes.
3. **NO** use maquillaje, piercings en el cuerpo o spray para el cabello. Deje todos los objetos de valor en su casa.
4. Use ropa cómoda, pantalones cortos con cintura elástica (sin cremallera), sostenes deportivos y calzado fácil de sacar. Para los pacientes que requieren una cirugía de hombro o de brazo, traiga camisas XL prendidas adelante con botón o cremallera para colocarla sobre su faja de sostén.
5. Traiga todo el papeleo, la licencia de conducir, las tarjetas del seguro y el co-pago.

He leído y entendido las instrucciones pre-quirúrgicas anteriores:

Firma del paciente o tutor: _____

Fecha: _____

Firma del miembro del personal (Staff Member's Signatura): _____

[] Brett M. Robinson, M.D.
13350 Franklin Farm Road
Suite 100
Herndon, Virginia 20171
(703) 234-1010
(703) 234-1301 FAX
Lunes - Viernes 6am-4pm



[] Brett M. Robinson, M.D.
13350 Franklin Farm Road
Suite 220
Herndon, Virginia 20171
(703) 471-5300
(703) 471-4391 FAX
Lunes - Viernes 6am-4pm

SOLICITUD PARA REALIZAR CIRUGIAS Y OTROS PROCEDIMIENTOS

Por la presente le solicito al Dr. _____ y a quien sea designado como su asistente, que realice según _____, la siguiente cirugía o procedimiento

y en caso de que surgieran imprevistos durante la cirugía los procedimientos adicionales o diferentes, a los contemplados actualmente, y que a su juicio considere necesarios; también le solicito y lo/la autorizo a realizar lo que el o ella considere aconsejable.

Me ha sido explicado, la naturaleza y el propósito de la operación, los posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos implicados y la posibilidad de que surjan complicaciones.

Se me ha informado que existen otros riesgos relacionados con el desarrollo de todo procedimiento quirúrgico. Soy conciente de que la práctica de la medicina y de la cirugía no son ciencias exactas y reconozco que no se me han garantizado los resultados de mi examen o tratamiento.

Presto mi consentimiento para que las autoridades del Commonwealth Orthopaedics desechen toda parte o tejido que pueda ser removido.

Presto mi consentimiento para que se tome cualquier fotografía o se graben videos durante el curso la cirugía, con el fin de realizar avances en la educación médica.

Con el propósito de realizar adelantos en la educación médica, también presto mi consentimiento para que se admitan observadores en la sala de cirugía y para que participen los residentes de cirugía bajo la observación directa del cirujano que opera.

La ley promulgada en 1989 en el Estado de Virginia, autoriza a los proveedores del cuidado de la salud a realizar análisis a sus pacientes, cuando alguno de los proveedores de la salud estuvo expuesto a los fluidos del cuerpo del paciente y pudieran propagar una enfermedad infecciosa. Según esta ley, en el caso de que existiese dicha exposición, se considerará que usted presto su consentimiento para que se le realicen dichos análisis y para que se le muestren los resultados al proveedor del cuidado de la salud que pudiere haber estado expuesto. Sin embargo, será informado al respecto antes de que se realicen los análisis de sangre, se le explicará el análisis y se le dará la posibilidad de hacer las preguntas que pudiera tener.

Yo, _____ he leído y entendido este documento y me han respondido todas mis preguntas relacionadas a este procedimiento y a la cirugía.

Fecha _____ Hora _____ AM PM

Firma del Paciente _____ Testigo _____

Si el paciente es menor de edad o incapaz de prestar consentimiento:

Firma de la persona autorizada para prestar consentimiento en nombre del paciente _____

Relación con el paciente _____

Testigo _____

For office Use Only (Sólo para uso administrativo)