



Patient: Patient Test
MRN: 000000000
DOB: 1/1/1965
Gender: Male
Age: 58 year(s)

Procedure: Colonoscopy
Date: 8/23/2023
Attending Physician: Test, Doctor

Spanish - Anesthesia Consent

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ANESTESIA

Yo, Patient Test, reconozco que, por razones de seguridad y comodidad, mi médico ha solicitado que sea Anesthesia Associates Northwest LLC quien me provea el servicio de anestesia. Se me ha informado acerca de la anestesia, las posibles alternativas y los riesgos asociados. Entiendo que, independientemente de la experiencia, la atención o cualificaciones del proveedor de servicios de anestesia, **pueden surgir complicaciones graves e inesperadas a causa de la anestesia**, por lo que no se me ha hecho ninguna promesa relacionada con el uso de la anestesia. A pesar de que no es habitual sufrir complicaciones, podrían suceder. Algunos ejemplos son la posibilidad de reacciones a los medicamentos administrados; infecciones; hemorragias; trombos; lesiones de vasos sanguíneos, nervios, músculos, ojos o dientes; pérdida de sensación; entumecimiento o debilidad persistente; pérdida de visión; dolor; infarto de miocardio; entrar en coma o la muerte. Es imposible indicar cada una de las complicaciones que podrían ocurrir. He tenido tiempo suficiente para hacer preguntas, recibir respuestas y considerar mi decisión en relación con la anestesia. Doy mi consentimiento para recibir anestesia u otras posibles alternativas, así como la posibilidad de traslado a otro centro médico en caso de emergencia.

CONSENTIMIENTO PARA FACTURACIÓN Y PAGOS

1. Anesthesia Associates Northwest LLC es una entidad completamente independiente de su cirujano y de su centro médico. Como acto de cortesía con nuestros pacientes, facturaremos directamente a su aseguradora y usted recibirá una factura por separado de Anesthesia Associates Northwest LLC.
2. Anesthesia Associates Northwest LLC acepta Medicare. Los seguros médicos y los programas de atención médica pública como Medicare reembolsan un porcentaje establecido por los cargos correspondientes a la anestesia. Si queda algún saldo pendiente, deberá pagarlo el paciente o un seguro secundario que este tenga contratado.
3. Anesthesia Associates Northwest LLC cumple con todas las normas de confidencialidad de HIPAA.
4. Por la presente, asigno todas las prestaciones o pagos de Medicare o de mi seguro médico para el pago de los servicios de anestesia y autorizo que se compartan todos los datos necesarios para procesar esta solicitud de reembolso con Anesthesia Associates Northwest LLC.
5. Acepto que soy responsable del pago de todos aquellos cargos por los servicios de anestesia que no estén cubiertos por mi seguro médico, Medicare o Oregon Health Plan (DHS), incluidas aquellas tarifas que deberán pagarse para gestionar el cobro de saldos impagados.

For Provider Use Only

Anesthesia Plan/Consent/Med Hx reviewed and discussed.
Patient accepts risk and agrees to:
If Regional, specify type:

Signatures



Patient: Patient Test
MRN: 000000000
DOB: 1/1/1965
Gender: Male
Age: 58 year(s)

Procedure: Colonoscopy
Date: 8/23/2023
Attending Physician: Test, Doctor

Patient or Legal Guardian Signature
08/23/2023 09:23 AM

Anesthesia Signature
08/23/2023 09:23 AM