

 **Long Island Eye Surgery Center**

**601 Suffolk Avenue
Brentwood, New York 11717
Phone: 631-231-4949 Fax: 888-225-1690**

Dear Patient:

On behalf of the entire staff, we welcome you and look forward to your upcoming visit at the Long Island Eye Surgery Center. We are fully committed to you, and our goal is to deliver high quality healthcare to ensure a superior patient experience and clinical outcome.

It is the policy of our center to notify you of the following information at least 24 hours prior to your arrival at the center for your scheduled procedure:

- Disclosure of Ownership Interest
- Facility policy regarding Advance Directives
- Notice of Patient Rights and Responsibilities
- Facility policy regarding escort requirement

Enclosed in this packet you will find:

- Notification to Patients
- Patient Bill of Rights and Responsibilities
- Patient Medication List
- Patient Satisfaction Survey

Please complete the Notification to Patients form and the Patient Medication List, and bring these forms to the center on your scheduled day of surgery. Please review the post-operative instructions so that you will be familiar with your aftercare regimen upon discharge from the center. The Patient Bill of Rights and Responsibilities is yours to keep.

Someone from our center will be contacting you prior to your arrival at the facility. Please feel free to ask any questions at that time.

We hope you will find the care you receive at Long Island Eye Surgery Center a pleasant experience. If you have any questions, please call 631-231-4949.

Warm regards,

The Long Island Eye Surgery Center Staff

 **Long Island Eye Surgery Center**

601 Suffolk Avenue

Brentwood, New York 11717

Phone: 631-231-4949 Fax: 888-225-1690

Saludos cordiales:

En nombre de todo el personal, le damos la bienvenida y esperamos con ansias su próxima visita a Long Island Eye Surgery Center. Estamos plenamente comprometidos con usted y nuestro objetivo es brindar atención médica de alta calidad para garantizarle al paciente una experiencia y un resultado clínico de nivel superior.

El centro tiene como política comunicarle la información siguiente al menos 24 horas antes de su llegada al centro para el procedimiento programado:

- Divulgación del interés de propiedad
- Política del centro con respecto a la Declaración de voluntades anticipadas
- Aviso de derechos y responsabilidades del paciente
- Política del centro con respecto al requisito de acompañante

En el interior de este paquete de materiales encontrará:

- Notificación para los pacientes
- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente
- Lista de medicamentos del paciente
- Encuesta de satisfacción del paciente

Complete el formulario Notificación para los pacientes y la Lista de medicamentos del paciente, y traiga estos formularios al centro el día de la cirugía programada. Revise las instrucciones postquirúrgicas para familiarizarse con el régimen de cuidados postquirúrgicos luego del alta del centro. La Declaración de derechos y responsabilidades del paciente le pertenece y debe guardarla.

Un integrante del personal del centro se comunicará con usted antes de su llegada a la institución. No dude en hacer cualquier pregunta que tenga en ese momento.

Esperamos que la atención que reciba en Long Island Eye Surgery Center le resulte una experiencia placentera. Si tiene alguna inquietud, no dude en comunicarse con nosotros en cualquier momento.

Cordialmente,

Personal de Long Island Eye Surgery Center

IMPORTANT PATIENT NOTIFICATIONS
OWNERSHIP OF LONG ISLAND EYE SURGERY CENTER

Long Island Eye Surgery Center is a physician-owned health care facility. The physicians are the owners as a result of their commitment to quality healthcare and service to patients. Please be advised that your physician may have an ownership interest in the Surgery Center. Additional information about the Surgery Center's ownership and its typical fees for services is available upon request.

ADVANCE DIRECTIVES POLICY

- In accordance with New York Law, Long Island Eye Surgery Center provides each patient with information regarding Advance Directives-Health Care Proxies.
- An Advance Directive indicates the type of medical treatment a patient chooses in the event he/she becomes unable to make medical decisions. This directive gives the patient's designated healthcare agent the authority to carry out his/her wishes.
- A "Do Not Resuscitate" directive will not be honored by Long Island Eye Surgery Center.
- Please be advised that Long Island Eye Surgery Center will place a copy of your Advance Directive in the medical record in the event that you require transfer to a higher level of care i.e. hospital.
- At Long Island Eye Surgery Center, your signed informed consent indicates that in the event of any unforeseeable complication during your admission, resuscitative measures will be instituted. If you disagree, you must address this issue with your physician or anesthesiologist prior to signing this form.

PATIENT ACKNOWLEDGMENTS

By my signature below I acknowledge receipt of the following documents at least twenty four (24) hours in advance of my admission to Long Island Eye Surgery Center:

- Disclosure of Ownership Notice
- Notice of Advance Directives Policy
- Patient Bill of Rights and Responsibilities

I also acknowledge that I have had an opportunity to read these documents in advance of my admission to Long Island Eye Surgery Center and to ask questions about information that I do not understand.

In addition:

- I have been informed that the administration of anesthesia as well as undergoing a procedure necessitates that I provide Long Island Eye Surgery Center with the name of a responsible escort (adult over the age of 18) to accompany me home after my procedure.
- I understand that if I do not have an escort my procedure may be cancelled.

Patient Signature _____ **Date** _____

.....
For staff use only:

The following information was provided to the patient prior to admission to the surgery center:

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| • Disclosure of Ownership notice | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| • Patient Bill of Rights and Responsibilities | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| • Advance Directives/Health Care Proxy | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |

Does patient have a Health Care Proxy? yes no

Did patient bring Health care Proxy to the Center for the procedure? yes no

Staff Signature _____ Date _____

NOTIFICACIONES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES
PROPIEDAD DE LONG ISLAND EYE SURGERY CENTER

Long Island Eye Surgery Center es un centro de atención de la salud propiedad de médicos. Los médicos son propietarios como consecuencia de su compromiso de brindar un servicio y una atención médica de calidad a los pacientes. Tenga en cuenta que su médico puede tener un interés de propiedad en el centro quirúrgico. Puede obtener más información sobre la propiedad del centro quirúrgico y las tarifas habituales de los servicios cuando lo solicite.

POLÍTICA DE LA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

- De conformidad con las leyes de Nueva York, Long Island Eye Surgery Center le entrega a cada paciente información sobre la Declaración de voluntades anticipadas-Poderes de representación en cuestiones de actuación médica.
- Una Declaración de voluntades anticipadas indica el tipo de tratamiento médico elegido por un paciente en el caso de que no pueda tomar decisiones de índole médica. La directiva le otorga al agente de atención médica designado del paciente la autoridad para cumplir con sus deseos.
- Long Island Eye Surgery Center no aceptará ninguna directiva de “no reanimación”.
- Tenga en cuenta que Long Island Eye Surgery Center colocará una copia de su Declaración de voluntades anticipadas en su expediente médico en caso de que usted necesite ser trasladado a un nivel de atención superior, como por ejemplo, un hospital.
- En Long Island Eye Surgery Center, el consentimiento informado firmado por usted indica que si se produce alguna complicación imprevisible durante su internación, sí se iniciarán medidas de reanimación. Si no está de acuerdo, debe tratar este tema con su médico o anestesista antes de firmar este formulario.

RATIFICACIONES DEL PACIENTE

Al firmar a continuación, acuso recibo de los siguientes documentos al menos veinticuatro (24) horas antes de mi internación en Long Island Eye Surgery Center:

- Divulgación del interés de propiedad
- Aviso de la política de la Declaración de voluntades anticipadas
- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

También ratifico que tuve la oportunidad de leer estos documentos antes de mi internación en Long Island Eye Surgery Center y de formular preguntas sobre la información que no comprendo.

Además:

- Se me ha informado que la administración de anestesia, así como la realización de un procedimiento, exige que le dé a Long Island Eye Surgery Center el nombre de un acompañante responsable (adulto mayor de 18 años de edad) para que me conduzca a mi casa después del procedimiento.
- Entiendo que si no tengo un acompañante, es posible que se cancele el procedimiento.

Firma del paciente _____

Fecha _____

.....
Para uso exclusivo del personal:

La siguiente información se le entregó al paciente antes de su internación en el centro quirúrgico:

- Divulgación del interés de propiedad Sí No
- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente Sí No
- Declaración de voluntades anticipadas/Poder de representación en cuestiones de actuación médica Sí No

¿Tiene el paciente un Poder de representación en cuestiones de actuación médica? Sí No

¿Trajo el paciente un Poder de representación en cuestiones de actuación médica al centro para el procedimiento? Sí No

Firma del personal _____ Fecha _____

**LONG ISLAND EYE SURGERY CENTER
PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES**

1. The patient has the right to considerate and respectful care.
2. The patient has the right to obtain from his/her physician complete and current information concerning his/her diagnosis, treatment and prognosis in terms the patient can be reasonably expected to understand. When it is not medically advisable to give such information to the patient, the information should be made available to an appropriate person in his/her behalf. He/She has the right to know, by name, the physician responsible for coordinating his/her care.
3. The patient has the right to receive from his/her physician information necessary to give informed consent prior to the start of the procedure and/or treatment. Except in emergencies, such information should include but not necessarily be limited to the specific procedures and/or treatments, the medically significant risks involved, and the probable duration of incapacitation. Where medically significant alternatives for care or treatment exist, or when the patient requests information concerning medical alternatives, the patient has the right to such information.
4. The patient has the right to refuse treatment to the extent permitted by law and to be informed of the medical consequences of his/her action.
5. The patient has the right to every consideration of his/her privacy concerning his/her own medical care program. Case discussion, consultation, examination and treatment are confidential and should be conducted discreetly. Those not directly involved in his/her care must have the permission of the patient to be present.
6. The patient has the right to expect that communications and records pertaining to his/her care should be treated as confidential.
7. The patient has the right to expect that within its capacity an ASC must make reasonable response to the request of a patient for services. The Facility must provide evaluation, service, and/or referral as indicated by the urgency of the case. When medically permissible, a patient may be transferred to another health care facility after he/she has received complete information and explanations concerning the needs for and alternatives to such a transfer. The institution to which the patient is to be transferred must first have accepted the patient for transfer.
8. The patient has the right to obtain information as to any relationship of his/her facility to other health care and educational institutions, insofar as his/her care is concerned. The patient has the right to obtain information as to the existence of any professional relationships among individuals, by name, who are treating him/her.
9. The patient has the right to be advised if the facility proposes to engage in or perform human experimentation affecting his/her care or treatment. The patient has the right to refuse to participate in such research projects.
10. The patient has the right to expect reasonable continuity of care and to know in advance what appointment times and physicians are available and where. The patient has the right to expect that the facility will provide a mechanism whereby he/she is informed by his/her physician or a delegate of the physician of the patient's health care requirements following discharge.
11. The patient has the right to examine and receive an explanation of his/her bill regardless of the source of payment.
12. The patient has the right to know what Facility rules and regulations apply to his/her conduct as a patient.
13. Policies and procedures shall be developed and implemented regarding the patients' rights. The operator shall have in effect a written statement of patients' rights which is prominently posted in patient care areas and a copy of which is given to the patient. Such statement shall include the patients' right to:
 - a. Receive service(s) without regard to age, race, color, sexual orientation, religion, marital status, sex, national origin or sponsor;
 - b. Be informed of the services available at the center;
 - c. Be informed of the provisions for off-hour emergency coverage;
 - d. Be informed of the charges for services, eligibility for third-party reimbursements and, when applicable, the availability of free or reduced cost care;
 - e. Receive an itemized copy of his/her account statement, upon request;
 - f. Voice grievances and recommend changes in policies and services to the center's staff, the operator and the New York State Department of Health without fear of reprisal;
 - g. Express complaints about the care and services provided and to have the center investigate such complaints. The center is responsible for providing the patient or his/her designee with a written response within 30 days if requested by the patient including findings of the investigation. The center is also responsible for notifying the patient or his/her designee that if the patient is not satisfied by the center's response, the patient may complain to **New York State Department of Health, Centralized Hospital Intake Program, 433 River Street, 6th Floor, Troy, New York 12180 or by calling (800) 804-5447. The website for the Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman website is www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp.**
 - h. Approve or refuse the release or disclosure of the contents of his/her medical record to any health care practitioner and/or health care facility except as required by law or third-party payment contract.
 - i. Be informed of their right to change primary or specialty physicians, if other qualified physicians are available
 - j. Be provided with appropriate information regarding the absence of malpractice insurance coverage

As patients, you have the following responsibilities:

1. To provide the Center with accurate medical information.
2. To ask all questions you may have regarding the treatment provided by the Center.
3. To consent by free will to all medical treatments and/or procedures.
4. To inform the Center if the medical procedures or instructions are not understood.
5. To follow after-care instructions as recommended by the Center.
6. To contact your physician with post-treatment questions or concerns.
7. To provide all necessary information regarding third-party payment sources.
8. To observe the Center's policies and procedures.
9. To keep appointments as scheduled, or advise the Center in a timely manner if an appointment cannot be kept.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DE LONG ISLAND EYE SURGERY CENTER

1. El/la paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa.
2. El/la paciente tiene derecho a recibir de su médico información completa y actualizada relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que el/la paciente razonablemente pueda entender. Cuando la entrega de tal información al/a la paciente no es aconsejable desde el punto de vista médico, la información se debe proporcionar a una persona adecuada en su nombre. El/la paciente tiene derecho a conocer, por el nombre, al médico responsable de la coordinación de su atención.
3. El/la paciente tiene derecho a recibir de su médico la información necesaria para dar el consentimiento informado antes de comenzar con el procedimiento y/o tratamiento. Excepto en casos de emergencia, tal información debe incluir, sin que ello signifique necesariamente una limitación, los procedimientos y/o tratamientos específicos, los riesgos implicados que son importantes desde el punto de vista médico y la posible duración de la incapacidad. En casos en que existen alternativas de atención o tratamiento importantes desde el punto de vista médico o cuando el/la paciente solicita información relacionada con las alternativas médicas, tiene derecho a tal información.
4. El/la paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida en que lo permite la ley y a estar informado/a sobre las consecuencias médicas de su acción.
5. El/la paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta plenamente su privacidad en relación con su programa de atención médica. Los análisis de casos, consultas, exámenes y tratamientos son confidenciales y se deben llevar a cabo con discreción. Aquellas personas que no participan directamente en su atención deben contar con la autorización del/de la paciente para estar presentes.
6. El/la paciente tiene derecho a esperar que las comunicaciones y los registros relacionados con su atención se traten de forma confidencial.
7. El/la paciente tiene derecho a esperar que, en el marco de sus funciones, un centro de cirugía ambulatoria (*Ambulatory Surgical Center, ASC*) brinde respuestas razonables a las solicitudes de servicios de los pacientes. El Centro debe realizar evaluaciones, prestar servicios y/o realizar derivaciones según lo indique la urgencia del caso. Cuando esté permitido desde el punto de vista médico, el/la paciente puede ser trasladado/a a otro centro de atención de la salud después de haber recibido información completa y explicaciones relacionadas con las necesidades y las alternativas a tal traslado. La institución a la que será trasladado/a el/la paciente debe primero haber aceptado al/a la paciente para el traslado.
8. El/la paciente tiene derecho a obtener información sobre toda relación entre su centro y otras instituciones educativas y de atención de la salud en tanto se asocie con su atención. El/la paciente tiene derecho a obtener información sobre la existencia de cualquier relación profesional entre las personas que lo/la tratan. Esta información debe incluir los nombres de tales personas.
9. El/la paciente tiene derecho a ser advertido/a si el centro propone realizar o participar en experimentos en seres humanos que afectan a su atención o tratamiento. El/la paciente tiene derecho a negarse a participar en esos proyectos de investigación.
10. El/la paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de la atención y a saber por adelantado qué horarios para citas y médicos se encuentran disponibles y en qué lugares. El/la paciente tiene derecho a esperar que el centro proporcione un mecanismo mediante el cual su médico o un representante de su médico le informe sobre los requisitos de atención de la salud de los pacientes después del alta.
11. El/la paciente tiene derecho a examinar y recibir una explicación de su factura, independientemente de la fuente de pago.
12. El/la paciente tiene derecho a saber qué normas y reglamentos del Centro se aplican a su conducta como paciente.
13. Las políticas y los procedimientos se desarrollarán e implementarán teniendo en cuenta los derechos de los pacientes. El operador tendrá, de hecho, una declaración escrita de los derechos de los pacientes que se exhibirá de forma prominente en las áreas de atención de pacientes y se entregará una copia de la misma al/a la paciente. Tal declaración incluirá el derecho de los pacientes a:
 - a. Recibir servicios sin que se tenga en cuenta la edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, nacionalidad o patrocinador.
 - b. Estar informados de los servicios disponibles en el centro.
 - c. Estar informados de las disposiciones de cobertura de emergencia fuera de horario.
 - d. Estar informados de los cargos por servicios, la elegibilidad para reembolsos de terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o a costos reducidos.
 - e. Recibir una copia detallada del informe de su cuenta, cuando lo solicite.
 - f. Formular quejas formales y recomendar cambios en las políticas y los servicios al personal del centro, al operador y al Departamento de Salud del Estado de Nueva York, sin miedo a represalias.
 - g. Expresar quejas sobre la atención y los servicios prestados y hacer que el centro investigue dichas quejas. Si el/la paciente lo solicita, el centro tiene la responsabilidad de entregar al/a la paciente, o a una persona designada por él/ella, una respuesta escrita dentro de los 30 días, en la cual se incluirán los hallazgos de la investigación. El centro también tiene la responsabilidad de notificar al/a la paciente o a la persona designada por él/ella que, si el/la paciente no está satisfecho/a con la respuesta del centro, puede presentar una queja ante **New York State Department of Health, Centralized Hospital Intake Program, 433 River Street, 6th Floor, Troy, New York 12180 or by calling (800) 804-5447. The website for the Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman website is www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp.**
 - h. Aceptar o negarse a que se entreguen o divulguen los contenidos de su expediente médico a cualquier profesional de atención de la salud y/o centro de atención de la salud, excepto cuando lo requiera la ley o un contrato de pago de terceros.
 - i. Estar informados de sus derechos a cambiar de médico de atención primaria o especialista, si existen otros médicos calificados disponibles.
 - j. Obtener la información adecuada en relación con la falta de cobertura de seguro por mala praxis.

Los pacientes tienen las siguientes responsabilidades:

1. Brindar al Centro información médica precisa.
2. Formular todas las preguntas que puedan tener sobre el tratamiento brindado por el Centro.
3. Dar su consentimiento libremente para todos los tratamientos y/o procedimientos médicos.
4. Informar al Centro si las instrucciones o los procedimientos médicos no se entienden.
5. Seguir las instrucciones posteriores a la atención recomendadas por el Centro.
6. Comunicarse con el médico para formular preguntas posteriores al tratamiento y expresar preocupaciones.
7. Brindar toda la información necesaria en relación con los pagos de terceros.
8. Respetar las políticas y los procedimientos del Centro.
9. Acudir a las citas según están programadas o informar al Centro de manera oportuna si no se puede acudir a una cita.

PATIENT SATISFACTION SURVEY

Please Check Boxes	Excellent	Good	Average	Needs to Improve
1. In general, how do you rate our facility?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Our personnel: Were they courteous, knowledgeable and quick to respond to your needs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Please rate the treatment area and accommodations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were things clean and in working order?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were your financial arrangements satisfactory?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. How do you rate the waiting time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the waiting area clean and comfortable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Information regarding post-operative care was clearly reviewed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Would you return to the center?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
10. Would you recommend the center to others?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

General Comments and Suggestions: _____

<p>By completing and returning this questionnaire, your name will be entered into a raffle to win a \$100 Dine SuperCertificate, which can be used at a variety of different restaurants.</p> <p>If you wish to speak to someone regarding your care, please call the Assistant Administrator at (631) 231-4949, Ext. 347.</p>	<p>Thank you for your assistance. You may turn in this questionnaire at discharge, mail it to the address above, or fax it to: 631-951-2022.</p> <p>Name: _____</p> <p>Phone: _____</p>
---	--

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Marque las casillas que correspondan	Excelente	Bien	Promedio	Necesita mejorar
1. En general, ¿cómo calificaría a nuestro centro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nuestro personal: ¿fue gentil, estaba bien informado y respondió rápidamente a sus necesidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Califique el área de tratamiento y las instalaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Estaba todo limpio y en perfecto funcionamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Los trámites financieros fueron satisfactorios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cómo calificaría el tiempo de espera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿La sala de espera estaba limpia y era cómoda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se revisó la información sobre la atención postquirúrgica con claridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Volvería al centro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
10. ¿Recomendaría el centro a otras personas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

Comentarios generales y sugerencias: _____

<p>Si completa y envía este cuestionario, participará en un sorteo para ganar un certificado Dine SuperCertificate por \$100, que podrá utilizar en diversos restaurantes.</p> <p>Si desea hablar con alguien con respecto a su atención, llame al (631) 231-4949.</p>	<p>Gracias por su cooperación. Puede entregar este cuestionario en el momento del alta, lo puede enviar por correo a la dirección que figura más arriba o puede enviarlo por fax al: 631-951-2022.</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>
---	---