

South Plains Surgery Center

Please print and fill out the attached Pre-Registration Forms, **for adult patients**, and bring them with you on the day of your visit. If you have any questions or need assistance filling out these forms, please do not hesitate to contact me via email or phone.

Thank you,

The Staff of South Plains Surgery Center

South Plains Surgery Center
T: 806.451.5005
E: reception@southplainssc.com



SOUTH PLAINS
SURGERY CENTER

PATIENT INFORMATION

Patient Name (Last, First, Middle) Social Security Number

Date of Birth Age Sex Marital Status
Race: American Indian Asian Black/African American Other Pacific Islander Caucasian Hispanic
Ethnicity: Hispanic/ Latino Non-Hispanic or Latino

Mailing Address (City, State and Zip) Phone Number

Residing Address (If Different) Cell Phone Number

Email Address

Employer

Employer's Address (City, State and Zip) Employer's Phone Number

Guarantor/Responsible Party Social Security Number Relationship

Guarantor/Responsible Party's Mailing Address Phone Number

Guarantor/Responsible Party's Employer

Guarantor/Responsible Party's Employers Address (City, State and Zip) Employer's Phone Number

Person to Contact in an Emergency (Who Does Not Live with You)

Address (City, State and Zip) Phone Number

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Carrier Policy Owner/s Name Social Security Number Date of Birth

Insurance ID Number Group Number Group Name

Mailing Address (City, State and Zip)

Secondary Insurance Carrier Policy Owner's Name Social Security Number Date of Birth

Insurance ID Number Group Number Social Security Number Date of Birth

Mailing Address (City, State and Zip)

IS THIS A WORK-RELATED INJURY? YES NO If "YES", Please Provide the Information Below.

Date of Injury Date Reported to Employer Supervisors Name

Employer Employer Address Telephone Number

PATIENT INFORMATION

File/Claim Number

ADMISSION AGREEMENT

Consent for Admissions: I request and consent to admission to South Plains Surgery Center (SPSC).

Consent to Medical Care: I request and consent to medical care and diagnostic procedures that my attending physician(s) or his/her designees, determine are necessary. I acknowledge that the medical care I receive while in SPSC is under the direction of my attending physician(s) and that the Center is not responsible for acts of omission of my attending physician(s). There are certain types of operations and procedures, such as direct abortion, which are not authorized at the surgery center and I agree to such policy as condition of admission.

Release of Information: I authorize SPSC to release any medical or financial information to a medical care provider who is performing medical care or a diagnostic test(s) on behalf of; or at the request of my attending physician, or his/her designees, of the Center. I authorize SPSC, its agencies and designees, to utilize any information in my medical record for quality assurance and risk management activities. **By state law**, you must be advised that the information authorized for release may include records, which may indicate the presence of a communicable, or venereal disease, which includes, but is not limited to, disease such as hepatitis, syphilis, gonorrhea and the human immunodeficiency virus, also known as Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

Legal Guardian, Medical Durable Power of Attorney, Advance Directives:

Do you have a Legal Guardian? Yes No
If yes, please provide Name _____

Do you have a Medical Durable Power of Attorney? Yes No Copy on Chart
If yes, please provide Name _____

Do you have an Advance Directive? Yes No Copy on Chart

Privacy Practices, Patient Rights, Physician Ownership, Advance Directives and Patient Financial Responsibility Policies:

Have you received a copy of the SPSC Notice of Privacy Practices? Yes No
Have you received a copy of the SPSC Patient Rights and Responsibilities? Yes No
Have you received a copy of the SPSC Physician Ownership Statement? Yes No
Have you received a copy of the SPSC Advance Directives Policy? Yes No
Have you received a copy of the SPSC Patient Financial Responsibility Policy? Yes No

Personal Property: I have been informed and understand SPSC does not assume any responsibility for personal property that I choose to keep with me. I have been informed; however, that SPSC will keep my personal property in a designated location, upon request. I have been informed and understand that SPSC will not be liable for any loss of my personal property unless it is secured in a designated location maintained by SPSC.

Payment for Medical Care: I agree that, in consideration for the medical care I receive from the Center, its employees, agents, designees, or independent contractors, I guarantee full payment for all charges by SPSC or by other providers of medical care, for such care, subject only to restrictions imposed by the Medicare or State Medicaid Programs, or by any third party payor (for example, an insurance carrier or health maintenance organization (HMO) with which Center has specifically entered into an agreement for payment of medical care provided by the Center or by its employees, agents, designees or independent contractors.) In the event that SPSC has to engage an attorney or collection agency to collect any unpaid balances that arise from the treatment consented to and services provided herein, I agree to pay the reasonable attorney's fees and collection expenses, including, without limitation, collection agency expenses, incurred by SPSC.

Assignment of Benefits: I hereby authorize and assign payment to SPSC, any type of reimbursement or payment from Medicare or State Medicaid programs or other third-party payor, for any and all cost of my medical care provided at the Center or by its agents, designees, or independent medical contractors. Further, I understand that **Anesthesiology, Physician Services, Pathology, Radiology** and some **Laboratory Services** may be billed to me separately and I assign my insurance benefits to them if their services are rendered during my treatment. I also authorize them to release my medical information needed by my insurance carrier to process the claim.

Insurance Precertification: I understand that precertification for my insurance is a patient responsibility. I assume all responsibility for notifying my insurance company and obtaining approval.

Release of Financial Information: I hereby authorize SPSC, its employees, agents, designees, or independent contractor to disclose any and all information regarding the medical care I received on admission to this facility or through its employees, agents, and designees, or independent contractors to any third-party payor responsible for paying the costs of my medical care and any part thereof.

Agreement as to Governing Law and Forum: The patient or patient's representative and health care provider, including employees and agents of the health care provider, rendering or providing medical care, health care, or safety or professional or administrative services directly related to health care to patient agree: (1) that all health care rendered shall be governed exclusively and only by Texas Law and in no event shall the law of any other state apply to any health care rendered to patient; (2) in the event of a dispute, any lawsuit, action or cause of which in any way relates to health care provided to the patient shall only be brought in a Texas Court in the county/district where all or substantially all of the health care was provided or rendered and in no event will any lawsuit, action or cause of action ever be brought in any other state. The choice of law and forum selection provisions of this paragraph are mandatory and are not permissive.

I have reviewed this Admission Agreement and fully understand its contents and implications.

Signature of Patient, Parent, or Legal Guardian	Date	Please Print Name of Patient, Parent, Guardian
Signature of Guarantor	Date	Please Print Name of Guarantor
Employee Signature	Date	Please Print Name of SPSC Employee

If Legal Guardian or Other Representative for the Patient, please provide your age and relationship to the patient, and the reason why the Patient is incompetent or unable to sign. If an emancipated minor, please state whether you have lawfully married or are a parent or legal guardian of a child.

Permission for Disclosure to Family, Friends, and/or Caregivers

To Patient:

I understand patient health information is protected and confidential. With this understanding, I hereby grant the **South Plains Surgery Center** staff permission to discuss my health-related matters with family, friends, caregivers or other designated persons, listed below.

Relevant health information may be shared with the following family members, other relatives, close personal friends, or other persons identified. Please mark applicable line and insert name of person or persons applicable.

Name Relationship

Name Relationship

Name Relationship

Name Relationship

Name Relationship

Name Relationship

Disclosure UPDATED by patient:

Date and initial of patient: _____

Patient Name: _____ **Date:** _____

Patient Signature: _____

CONSENTIMIENTO DE PACIENTE PARA MEDIDAS DE RESUCITACION

No Constituye una Revocación de las Directivas por Adelantado o de los Poderes Médicos para Cuidados de Salud

Todos los pacientes tienen derecho a participar en las decisiones relacionadas con sus propios cuidados de salud y de hace Directivas por Adelantado u otorgar Poderes que autoricen a otras personas a tomar decisiones en su nombre de acuerdo con los deseos expresados por el paciente, cuando el paciente no puede tomar decisiones o comunicar sus decisiones. Este Centro de Quirúrgico respeta y defiende estos derechos.

Sin embargo, a diferencia de un Hospital de Cuidados Urgentes, el Centro Quirúrgico no suele realizar intervenciones de «alto riesgo». La Mayoría de las intervenciones realizadas en esta instalación son consideradas de riesgo mínimo. Naturalmente, no has cirugía sin riesgo. Usted hablara de los aspectos específicos de su intervención con su médico, quien podrá contestar sus preguntas acerca de los riesgos, indicarle el tiempo de recuperación esperado y el cuidado que usted necesitara después de la cirugía.

Por lo tanto, independientemente del contenido de cual quiere Directivas por Adelantado o instrucciones de un sustituto o apoderado con poderes de decisión sobre cuidados de salud, tenemos por política que, si se planteara alguna condición adversa durante su tratamiento en esta instalación, iniciaremos medidas de resucitación y otras medidas de estabilización, y lo transferiremos a un ajuste del cuidado agudo. Si tiene una directiva anticipada, es tu responsabilidad para informarnos de información detallada proporcione una copia a nuestro centro el día del procedimiento. Su aceptación de esta política mediante su firme aquí abajo no revoca ni anula Directiva o Poder vigente para Cuidados de Salud otorgado.

Si usted no acepta esta política, lo ayudaremos a programar de nuevo su intervención.

POR FAVOR, MARQUE EL CUADRO APROPIADO DE LA RESPUESTA A ESTAS PREGUNTAS.

¿Ha realizado usted instrucción anticipada de atención médica, un testamento vital, carta poder que autoriza a alguien a tomar decisiones por usted sobre su atención médica?

- Si, tengo instrucción anticipada, testamento vital o carta poder de atención médica.
- No, No tengo instrucción anticipada, testamento vital o carta poder de atención médica.
- Me gustaría obtener información sobre instrucciones anticipadas.

Si usted marco el primer cuadro "si" a la pregunta anterior, por favor, proporciónenos una copia ese documento para que pueda formar parte de su expediente médico.

Mediante mi firma en este documento, reconozco que he leído y entiendo su contenido, y que acepto la política descrita en el mismo. Si he indicado que desearía obtener información adicional, por la presente acuso recibo de dicha información.

Por: _____
(Firma del Paciente)

El Apellido del Paciente:	El Nombre del Paciente:	Fecha:
---------------------------	-------------------------	--------

Si el consentimiento para la intervención es suministrado por cualquier persona que no sea el paciente, este formulario debe ser firmado por la persona que da el consentimiento o autoriza dicha intervención.

Reconozco que he leído y entiendo su contenido, y que acepto la política descrita en el mismo.

Por: _____
(Firma) (Nombre en imprenta)

Relación con el Paciente:

- Tutor Designado por el Tribunal
- Apoderado
- Sustituto para Cuidados Médicos
- Otro

PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY

Recognizing the need for patients to understand what is expected regarding payment of medical services, we have established our financial policy. Some of these items are required by law. It is our goal to remain sensitive to our patients' needs while providing quality medical care. We encourage you to contact our office if a problem should arise regarding your account.

1. **All co-pays, deductibles, and co-insurances required by your insurance company must be paid at the time services are rendered.** We accept cash, checks, Visa, Mastercard, Discover, American Express, and Care Credit.
2. **It is the patient's responsibility to be aware of the contract benefits of his/her insurance carrier.** If your insurance requires referrals/pre-authorization for full benefits to be paid, it is your responsibility to verify that the referrals/pre-authorizations are in place prior to your visit.
3. **The facility charge at the surgery center is a flat fee for use.** All supplies are included in this charge except for billable prosthesis, implants, pharmaceuticals, or transplant tissue which are billed as separate charges.
4. **Our facility will file both primary and secondary insurance claims for medical services rendered.** Claims for a third insurance contract will not be filed unless required by our contract with the carrier. We cannot file claims correctly without accurate information from you. Proof of insurance must be presented at each visit.
5. **If you do not have insurance,** payment in full is expected at the time of service unless financial arrangements have been made in advance without billing department.
6. **You will receive a statement from our office within 45 days of your insurance company's response.** If you are dissatisfied with their payment, please contact your insurance carrier. Payment of the patient's portion of the balance is due upon receipt of the statement.
7. **We are participating providers for Medicare.** This means that we must accept Medicare's allowed charge for the services rendered. Medicare will pay 80% of the approved amount. The patient is responsible for the remaining 20% plus any out-of-pocket deductibles. We will write off the difference between what we charge and what Medicare approves. If you have secondary insurance, we will submit the claim for the remaining balance after Medicare has paid. Please remember that although we accept assignment for Medicare, the patient by federal law, must be held responsible for any portion of the approved amount not paid by Medicare or a secondary insurance company.
8. **Responsibility for payment for services rendered to the child/children of divorced or separated parents** rests with the parent who seeks treatment. Any court ordered judgement must be between the individuals involved, without including our facility.
9. **All accounts that are 60 days or more past due, may be turned over to a collection agency** and Lubbock Surgery Center may cease providing services to you.
10. **In the unlikely event, your payment is returned unpaid,** we may elect to re-present your payment either electronically (or by paper draft) to your financial institution up to two more times. We may also collect a return processing charge by the same means, in an amount not to exceed that permitted by state law.

It is our hope that you will find this information helpful. If you have any questions, please speak with our billing staff at (806) 412-6030 at 4412 6th Street, Lubbock, TX, 79416.

Physician Signature

Page _____ of _____

Pre-Anesthetic Questionnaire

Patient Name: _____

Daytime phone # _____

Procedure _____

DRUG & FOOD ALLERGIES: | | None List (explain reaction):

Latex allergy/sensitivity to tape/band-aids? Circle: Yes No

Ht _____ Wt/BMI _____ (pounds) _____ (kg)

Prior surgeries: _____

Tobacco use? Yes No _____ packs/day x _____ years

Alcohol use? Yes No # drinks per day/week: _____

Caffeine use? Yes No # drinks per day/week: _____

Have pain? Yes No Where: _____ 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

****ANESTHESIA PROBLEMS** for you or any blood relative (i.e., delayed awakening, MALIGNANT HYPERTHERMIA, unexplained fever, difficult intubation, vomiting)? Yes No If yes, explain: _____

Which of the following do you have or have you had in the past? Please circle Yes or No to each question.

<p>CARDIAC HISTORY</p> <p>Y N Chest pain Y N Heart attack Y N Heart failure Y N Mitral valve prolapse Y N Rheumatic fever Y N Heart murmur Y N Irregular heartbeats Y N Aneurysms Y N Heart catheterization or stents Y N Heart surgery (e.g. bypass) Y N Pacemaker/Defibrillator Date last checked: _____ Y N Artificial heart valve Y N High blood pressure Y N Cholesterol</p> <p>RESPIRATORY HISTORY</p> <p>Y N Asthma Y N Emphysema or COPD Y N Chronic cough Y N Shortness of breath Y N Sleep APNEA and/or CPAP</p> <p>OTHER MEDICAL HISTORY</p> <p>Y N Blood Clots in legs or lungs Y N Tuberculosis Y N Diabetes: If yes, circle below: Insulin Pills Diet Y N Hypoglycemia Y N Kidney disease If yes, do you have a dialysis shunt or on dialysis? _____</p>	<p>Y N Ulcers Y N Weight loss Y N Thyroid disease Y N Liver disease Y N Hepatitis Circle type if yes: A B C Y N Lupus Y N Anemia Y N Bruise or bleed easily Y N Sickle cell disease Y N Strokes Y N weakness? Y N TIA (mini-stroke) Y N Parkinson's disease Y N Seizures or epilepsy Date of last seizure: _____</p> <p>Y N Migraines Y N Memory loss If yes, do you sign your papers? Y N Y N Psychiatric disorders Y N Depression Y N Glaucoma Y N Artificial joints Y N Artificial limbs Y N Amputee Y N Back pain Y N Neck pain Y N Herniated discs Y N Cancer Type: _____ Chemotherapy Radiation therapy Birth defects: _____</p>	<p>DO YOU:</p> <p>Y N Have anything contagious (fever, cough rash, open sores) Y N Have MRSA, AIDS or HIV Y N Have night sweats Y N Use recreational drugs Y N Get preventative antibiotics before procedures Y N Have you had any recent respiratory infections, other type of infections or hospitalization Describe and list date(s) _____</p> <p>Y N Wear Oxygen Type: _____</p> <p>Y N Wear contact lenses Y N Wear glasses Y N Wear hearing aids Y N Have body piercing (besides ears) If yes, where? _____</p> <p>Y N Have dentures, partials, loose teeth or periodontal disease Y N Use cane, walker or wheelchair Y N Are you prone to falling Y N Have an ostomy</p> <p>Y N Need a translator day of surgery If yes, what language: _____</p>	<p>Y N Take blood thinners or anti-Inflammatories (Plavix, Coumadin, Pradaxa, Effient, Aspirin, Motrin, Advil, Aleve, Mobic, Naprosyn, Celebrex, Aggrenox, etc.)</p> <p>Did you stop this medication? Y N Date last taken: _____</p> <p>WOMEN ONLY:</p> <p>Y N Are you pregnant now Y N Are you breastfeeding now Y N Take hormones or Tamoxifen Y N Ever had a tubal or hysterectomy Last menstrual cycle Date _____</p> <p>_____ Nurse Signature Date</p>
--	---	---	---

Please list the name(s) of your current physician(s) (i.e. primary care physician, cardiologist, pediatrician, orthopedist):

Physician name	Specialty	Date of visit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Emergency contact (name/phone number): _____ Responsible Adult: _____

I certify that my health history was reviewed and updated by me on: (sign once per date of service)

Today's Date _____ Patient Signature _____ Witness _____

Today's Date _____ Patient Signature _____ Witness _____

CONSENT

- I voluntarily give my permission to the health care providers of South Plains Surgery Center and other health care assistants as deemed necessary to provide medical services to me. I understand that I should communicate any special considerations related to a cultural, spiritual, or ethical belief that may affect my plan of care.
- I ___(do) or ___ (do not) consent to the use of blood and blood products as deemed necessary. if declining; I understand that the refusal to receive blood products may be life threatening. The risks associated with receiving blood or blood products are: 1. Fever. 2. Transfusion reaction, which may include kidney failure or anemia. 3. Heart failure. 4. Hepatitis. 5. HIV (Human Immuno-Deficiency Virus) and/or AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) 6. Other infections.
- I authorize the pathologist at his discretion, to maintain or discard any bodily specimen.
- I understand that if I am discharged the same day as my surgery, I should not operate a motor vehicle or machinery, or potentially dangerous appliances, drink alcoholic beverages or make critical decisions for 24 hours, I understand that I must be accompanied by a responsible adult when I am discharged.
- I understand that my physician may order a blood test drawn from me for (including but not limited to) HIV (AIDS) and Hepatitis antibodies. I consent to that withdrawal only if an employee or physician has had an accidental exposure to my bodily fluids. I understand that I can obtain the results of these tests from my physician who can explain them. I authorize release of data necessary to process the testing and the insurance claim and I understand there will be no cost to me for this test.
- PHOTOGRAHS/VIDEO TAPES: I give my consent for any photographing or videotaping deemed necessary by my surgeon for medical, scientific or educational purposes provided my identity is not revealed. I understand these photographs and/or video tapes are the property of my surgeon.
- I understand that my name, address, telephone number and social security number could be provided to the manufacturer if part of my treatment includes implanting a medical device that falls under the tracking requirements of the Food & Drug Administration.
- I do not consent to the admittance of a:
 - Resident assistant Resident observer Student observer Private Surgical Technician
 - Private Registered Nurse Sales representative for the purpose of observation and consultation

I certify that this form has been fully explained to me, that I have read it or have had it read to me, and that I understand its contents.

DATE: _____ TIME: _____ A.M./P.M.

Signature of Patient/Relative or Guardian*

Relationship if signed by person other than patient _____

WITNESS/INTERPRETER:

South Plains Surgery Center

South Plains Surgery Center cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

La instalación y el personal médico del South Plains Surgery Center ha adoptado la siguiente lista de derechos y responsabilidades del paciente. Esta lista deberá incluir, pero no limitarse a:

DERECHOS DEL PACIENTE

El paciente tiene derecho:

- A ejercer sus derechos sin ser objeto de discriminación o de represalias.
- A estar libre de toda forma de abuso o acoso.
- A conocer los nombres y la situación profesional de quienes cuidan de él.
- A recibir información del médico sobre su diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico hasta donde el médico sepa.
- A participar activamente en las decisiones sobre su atención médica. En la medida permitida por la ley, esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento.
- A plena consideración de privacidad en relación con su programa de ciudad médico. La discusión de casos, la consulta, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben llevarse a cabo de forma discreta.
- A recibir respuestas responsables a cualquier solicitud razonable de servicio.
- A salir de la instalación, incluso en contra del consejo médico.
- A esperar una continuidad razonable de cuidado.
- A que se le informe si el médico propone participar en o realizar una experimentación que afecte su cuidado del tratamiento y el derecho a negarse a participar en la actividad.
- A estar informado de los requerimientos de atención médica futuros después del alta del centro.
- A examinar y recibir una explicación de una factura o servicio, independientemente de la fuente de pago.
- A notificarle cualquier comentario acerca de la calidad de la atención proporcionada y esperar que se les dé seguimiento a sus comentarios.
- A que se le informe de su derecho a cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.

RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

El paciente es responsable:

- De proporcionar información precisa y completa sobre sus quejas actuales, antecedentes médicos y otras cuestiones relacionadas con su salud.
- De hacer saber que comprende con claridad el curso de su tratamiento médico y lo que se espera de él.
- De seguir el plan de tratamiento establecido por el médico, incluida las instrucciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud, ya que llevan a cabo las órdenes del médico.
- De asistir a sus citas médicas y notificar a la instalación si no puede hacerlo.
- De traer a un adulto responsable para llevarlo a casa y quedarse con él durante 24 horas después de la cirugía.
- De proporcionar información completa y exacta del seguro médico (si corresponde) y asegurar que las obligaciones financieras de su cuidado se satisfagan tan pronto como sea posible.
- De ser considerado con los derechos de otros pacientes y personal de la instalación.

DIRECTIVA ANTICIPADA

El centro no es una instalación de cuidados intensivos; por lo tanto, independientemente del contenido de cualquier Directiva por Adelantado o instrucciones de un sustituto o apoderado con poderes de decisión sobre cuidados de salud, tenemos por política que, si se plantea alguna condición adversa durante su tratamiento en esta instalación, iniciaremos medidas de resucitación y otras medidas de estabilización, y lo transferiremos a un ajuste del cuidado agudo. Si tiene una directiva anticipada, es tu responsabilidad para informarnos de información detallada proporcione una copia a nuestro centro el día del procedimiento.

COMENTARIOS

Nuestro objetivo es proporcionar la mejor experiencia quirúrgica posible mientras esta en nuestro centro. Los pacientes, clientes, las familias o los visitantes tienen el derecho a expresar quejas o inquietudes sobre cualquier aspecto de su cuidado o experiencia con South Plains Surgery Center. Tenga la seguridad de que expresar una queja o preocupación no comprometerá su cuidado.

Las preocupaciones pueden dirigirse a cualquier miembro del personal LSC, el Director de Enfermeras o el Director de Servicios Comerciales.

También puede enviar sus comentarios a:

Lubbock Surgery Center Administrator
4412 6th Street
Lubbock, TX 79416
Telephone: (806) 451-5005

Si esta entidad no le ofrece una resolución aceptable, todas las reclamaciones pueden enviarse a:

Health Facility Compliance Division/MC 1979
Texas Department of Health
1100 West 4th Street, Austin, TX 78756
Fax: (512) 834-6653 Telephone: (888)973-0022

Para obtener más información, visite la Oficina del Intermediario de Medicare (Medicare Beneficiario Ombudsman) a través de Internet en www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html or by calling 1(800)MEDICARE.

NON-DISCRIMINATION NOTICE
DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

South Plains Surgery Center, LLC (SPSC) complies with applicable Federal Civil Rights Laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age disability or sex. SPSC does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age disability, or sexual orientation.

SPSC provides free aid and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and some written information in other formats upon request (large print, accessible electronic formats, other formats). We provide free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters, information written in other languages.

If you need these services you may contact Mary Amador,BSN, RN, Clinical Director. If you believe that the SPSC has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age disability or sexual orientation you can file a grievance with: Christina Kurschinske, Administrator, at 4412 6th Street, Lubbock, Texas 79416 or (806) 451-5005, christina@southplainssc.com. You can file a grievance in person or by mail or phone. If you need help filing a grievance, Christina Kurschinske, Administrator, is available to assist you.

You can also file a civil complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.isf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, (800) 537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index/html>.

South Plains Surgery Center, LLC (SPSC) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SPSC no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

SPSC proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: intérpretes de lenguaje de señas capacitados. Información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesible, otros formatos). Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: Interpretes capacitados. Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Mary Amador,BSN, RN, Director Clínico. Si considera que SPSC no le proporcione estos servicios o lo discrimino de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Christina Kurschinske, Administradora, at 4412 6th Street, Lubbock, Texas, 79416 o (806) 451-5005, christina@southplainssc.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo Christina Kurschinske, Administradora, está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office For Civil Rights (oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. De manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.isf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los numeros que figuran a continuacion: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C., 20201, (800) 537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SOUTH PLAINS SURGERY CENTER

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE ACCEDERLA. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene preguntas acerca de este aviso, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad al 4412 6TH Street, Lubbock TX 79416 o (806)451-5005.

NUESTRAS OBLIGACIONES:

Por ley estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su información médica confidencial
- Darle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y políticas de privacidad acerca de su información médica
- Cumplir con las condiciones de este aviso vigente

PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA

A continuación, se describen las formas en que podemos utilizar y divulgar la información médica que lo identifica a usted. ("Información Médica"). Con excepción de los fines descritos a continuación, solamente utilizaremos y divulgaremos su Información Médica mediante su permiso por escrito. Usted podrá revocar dicho permiso en cualquier momento comunicándose a nuestra oficina con el Oficial de Privacidad.

Tratamiento. Podemos utilizar y divulgar su Información Médica para su tratamiento y para proporcionarle servicios de salud relacionados con su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su Información Médica a doctores, enfermeras, técnicos y otro personal, incluyendo personas ajenas a nuestra oficina que participan en su atención médica y necesitan la información para proporcionarle atención médica.

Pago. Podemos utilizar y divulgar su Información Médica para que nosotros u otros podamos facturar y recibir pago de parte suya por el tratamiento y servicios que usted haya recibido, ya sea a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, podemos proporcionar la información sobre su Plan de Seguro Médico para que puedan pagar su tratamiento.

Operaciones de Atención Médica. Podemos utilizar y divulgar su Información Médica para actividades de atención médica, incluyendo aquellas ajenas a nuestra oficina (nombre de la oficina). Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar Información Médica para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención médica de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. También podemos compartir información con otras entidades que tengan relación con usted (por ejemplo, su plan de seguro médico) con respecto a actividades de

atención médica. También podemos compartir su información con fines de capacitación con residentes médicos, estudiantes o en cursos de capacitación con fines educativos al participar en programas educativos, capacitación, internados y programas de residencia.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios de salud.

Podemos utilizar y divulgar su Información Médica para comunicarnos con usted para recordarle de sus citas con nosotros. También podemos utilizar y divulgar su Información Médica para hablarle de sus alternativas de tratamiento o beneficios y servicios de salud que le pudieran interesar.

Familia y amigos que intervienen en su cuidado o pago de atención médica. En determinados casos, podemos compartir su Información Médica con una persona que intervenga en su cuidado y pago de atención médica como un familiar o amigo cercano. También podemos notificar a su familia acerca de su ubicación o estado general o divulgar dicha información a una entidad que proporcione ayuda en esfuerzos para alivio de desastres.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias podemos utilizar y divulgar su Información Médica con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede requerir de comparar la salud de pacientes que hayan recibido un tratamiento con aquellos que hayan recibido otro por el mismo padecimiento. Antes de utilizar o divulgar Información Médica con fines de investigación, el proyecto pasara por un proceso especial de aprobación. Incluso sin aprobación especial, podemos permitirles a los investigadores consultar expedientes para ayudar a identificar a pacientes que pudieran participar en su proyecto de investigación o con otros propósitos similares, siempre y cuando no retiren ni se lleven una copia de ningún tipo de Información Médica.

SITUACIONES ESPECIALES

Por ley. Divulgaremos Información Médica según se requiera por ley, ya sea internacional, federal, estatal o local.

Para evadir una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos utilizar y divulgar Información Médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona. Las divulgaciones, sin embargo, se harán únicamente a alguien que pueda ayudar a evadir la amenaza.

Empleados. Podemos divulgar Información Médica a empleados para la realización de funciones a nombre de nuestra compañía o para que nos proporcionen servicios si la información es necesaria para la realización de dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar a otra compañía para que realice servicios de

cobranza a nombre nuestro. Todos nuestros empleados están obligados a proteger la privacidad de su información y no están autorizados a utilizar ni divulgar ninguna información que no se especifique en nuestro contrato con ellos.

Donación de tejidos y órganos. Si usted es donador de órganos podemos utilizar o divulgar su Información Médica a organizaciones dedicadas a la procuración de órganos u otras entidades que participen en la procuración, banco o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación o trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas podemos divulgar Información Médica según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar Información Médica a las autoridades militares extranjeras apropiadas si usted es miembro de las fuerzas armadas de otro país.

Compensación al trabajador. Podemos divulgar Información Médica para el programa de compensación al trabajador u otros programas similares. Estos programas brindan beneficios por accidentes de trabajo o enfermedad.

Riesgos de salud pública. Podemos divulgar Información Médica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen la divulgación para la prevención o control de enfermedades, accidentes o discapacidad; actas de nacimiento y defunción; reportar abuso de menores o negligencia; reportar reacciones a medicamentos o problemas con algunos productos; notificar a personas sobre políticas para retirar del mercado productos que pudieran estar utilizando; notificar a personas que pudieran estar utilizando; notificar a personas que pudieran haber estado expuestas a una enfermedad o que estuvieran en riesgo de contraer o esparcir la enfermedad o padecimiento y avisar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente pudiera haber sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando la ley lo requiera o autorice.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar Información Médica a una agencia de supervisión a la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, para programas gubernamentales y para el cumplimiento de las leyes sobre derechos civiles.

Propósitos de notificación de filtración de datos o información. Podemos utilizar o divulgar su Información

Médica en repuesta a una notificación judicial o administrativa. También podemos divulgar Información Médica en respuesta a una citación judicial, petición de presentación de pruebas o algún otro proceso legal presentado por alguna persona involucrada en la disputa: pero solamente si se han hecho esfuerzos previos para avisarle sobre la petición o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Impartición de justicia. Podemos divulgar Información Médica a solicitud de un representante de la ley si la información está relacionada con lo siguiente: (1) en respuesta a una citación, orden, justificación legal o un proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) la víctima de un delito, aunque en circunstancias muy limitadas no podamos obtener la autorización de la persona; (4) una muerte que creamos que haya sido resultado de un crimen; (5) sobre conduct delictiva en nuestras instalaciones y (6) en una emergencia para reportar un crimen, la localización del crimen o víctimas o la identidad, descripción o localización de la persona que hubiera cometido el crimen.

Médicos forenses y funerarias. Podemos divulgar Información Médica a un médico forense o médico legista. Esto pudiera ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa del fallecimiento. También podemos divulgar Información Médica según se requiera a funerarias, para el cumplimiento de sus obligaciones.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia. Podemos divulgar Información Médica a oficiales federales autorizados con fines de inteligencia, espionaje y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección al Presidente y otros. Podemos divulgar Información Médica a oficiales federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o cabezas de estado o para conducir investigaciones especiales.

Reclusos o individuos en custodia. Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial la ley podemos divulgar Información Médica a la institución correccional o al oficial representante de la ley. Esta divulgación sería necesaria en los siguientes casos: (1) para que la institución le proporcione atención médica;

(2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros o (3) por la seguridad de la institución correccional.

CASOS DE USO Y DIVULGACION QUE NOS OBLIGAN A DARLE LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR U OPTAR Individuos que participan en su atención médica o el pago de su atención médica. A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información médica a un miembro de su familia, pariente o amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique que este directamente relacionada con esa persona que participa en su atención médica. Si usted no puede estar de acuerdo u objeto dicha divulgación, podemos divulgar esta información según se requiera, si determinamos que es por su propio bienestar con base en nuestro juicio profesional.

Asistencia en caso de desastres. Podemos divulgar su Información Médica a organizaciones que brindan asistencia en caso de desastres que pretendan obtener su Información Médica para coordinar su atención o notificar a familiares y amigos de su ubicación o estado en caso de un desastre. Le daremos a usted la oportunidad de consentir u objetar dicha divulgación cuando estemos en capacidad de hacerlo.

SE REQUIERE DE SU AUTORIZACION POR ESCRITO PARA OTRO TIPO DE CASOS DE USO Y DIVULGACION
Los siguientes casos de uso y divulgación de su Información Médica se harán únicamente previa autorización de su parte por escrito:

1. Uso y divulgación de Información Médica con fines de mercadotecnia y
2. Divulgación que implica la venta de su Información Médica

El uso y divulgación de Información Médica no incluidos en este Aviso o relacionados con las leyes que se refieren a nosotros se hará únicamente previa autorización por escrito de su parte. Si usted nos da autorización, puede revocarla en cualquier momento presentando una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y ya no divulgaremos la Información Médica autorizada. Sin embargo, la divulgación que se hubiera hecho con autorización suya antes de revócala no será afectada por dicha revocación.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su Información Médica:

Derecho a revisar y copiar: Usted tiene derecho a revisar y pedir copias de su Información Médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención médica o para el pago de su atención médica. Esto incluye expedientes médicos y de pago siempre que no se trate de notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta

Información Médica usted debe solicitarla por escrito al Oficial de Privacidad. Podemos cobrarle una cuota razonable por las copias y/o enviarle por correo la Información Médica solicitada según la ley lo permita. Si podemos, le proporcionaremos una copia electrónica 15 días después de que usted la solicite por escrito y que nosotros recibamos el pago correspondiente.

Derecho de notificar la filtración de datos e información. Usted tiene derecho a que se le notifique cualquier filtración de datos e información médica no confidencial, según se estipule las leyes estatales y federales.

Derecho a enmendar. Si usted cree que la Información Médica que tenemos es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar la enmienda de su información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo que nuestra oficina conserve su información o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Derecho a solicitar una lista de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar una lista de determinadas divulgaciones que hayamos hecho sobre su Información Médica con fines no relacionados con su tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico o para los cuales usted diera su autorización por escrito. Para solicitar una lista de divulgaciones usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar la restricción de la Información Médica acerca de usted que utilizamos o divulgamos para actividades relacionadas con su tratamiento, pago por servicios médicos o atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar la limitación de la Información Médica que divulgamos a alguien relacionado con su atención médica o pago de la misma como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar la restricción de su Información Médica usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. No estamos obligados a acceder a su petición a menos que usted nos pida restringir el uso o divulgación de su Información Médica a un plan de seguro médico para su pago o con otros fines de actividades de atención médica, y que la información que desee restringir corresponda solamente a determinado aspecto de su atención médica o servicio que usted hubiera pagado en su totalidad por su cuenta. Si accedemos a su petición, cumpliremos con ella a menos que dicha información se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Pagos efectuados por su cuenta. Si usted efectuó el pago por su cuenta (en otras palabras, si usted pidió que no se cargara su cuenta de plan de seguro médico) en su totalidad por un aspecto de su tratamiento o servicio, usted tiene derecho a pedir que la Información Médica

con respecto a ese aspecto o servicio no sea divulgado a su plan de seguro para su pago u otras operaciones relacionadas con su atención médica, y respetaremos su petición.

Derecho a solicitar comunicación confidencial.

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted para informarle acerca de sus asuntos médicos de una manera particular o a un lugar en particular. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted para informarle sobre sus asuntos médicos en determinada forma o a determinado lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que solamente nos comuniquemos con usted por correo o a su lugar de trabajo. Para solicitar comunicación confidencial debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe especificar la manera y el lugar a donde desea que nos comuniquemos con usted. Respetaremos todas las peticiones razonables.

Derecho a una copia escrita de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando haya estado de acuerdo en recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia de este aviso en papel. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio de internet www.southplainsnc.com. Para obtener una copia en papel de este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad.

CAMBIOS A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el nuevo aviso se aplique a la Información Médica que ya tenemos así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Pondremos en un sitio visible una copia de nuestro aviso vigente en nuestra oficina. El aviso tendrá la fecha de su vigencia en la esquina superior derecha de la primera página.

QUEJAS. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja en nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con el Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. La atención médica que usted reciba no se verá afectada por presentar una queja.

Aviso de Prácticas de Privacidad

En vigor a partir **01 de Agosto de 2018**

PHYSICIAN OWNERSHIP STATEMENT

The physician and entity listed below are limited partners in South Plains Surgery Center, L.L.C. An interest in this facility enables them to have a voice in the administration and medical policies of this health care institution. This involvement helps ensure the finest quality of care for their patients. South Plains Surgery Center, L.L.C. places special emphasis on fully informing our patients of this ownership. It is our goal to inform you and treat you professionally at all times.

Juan Kurdi, M.D.

Aurelio Cervera, M.D.