

# MASON CITY SURGERY CENTER

(PLACE DRAWING OF BUILDING HERE)

990 4<sup>th</sup> Street SW

Mason City, Iowa 50401

Teléfono/Phone: 641-494-2000

Fax: 641-494-2018

Teléfono sin costo/ Toll Free: 1-877-704-0038

Sitio web/Website: [www.mcsurgerycenter.com](http://www.mcsurgerycenter.com)

Antes de su procedimiento, por favor entre su Historial de Salud en línea en:

*Prior to your procedure, please enter your Health History online at:*

[www.mcsurgerycenter.com](http://www.mcsurgerycenter.com)

(Haga clic en **PATIENT REGISTRATION**  
click on **PATIENT REGISTRATION**)

Una enfermera revisará esta información con usted antes de su procedimiento. Si usted está programado(a) para una COLONOSCOPIA, las instrucciones específicas se encuentran disponibles en nuestro sitio web bajo "Patient Resources" o la página "Patient Registration"  
*A nurse will review this information with you prior to your procedure. If you are scheduled for a COLONOSCOPY, specific instructions are available on our website under "Patient Resources" or "Patient Registration" page.*

Si usted no cuenta con acceso a Internet, por favor llámenos entre las 8 a.m. y las 4 p.m. entre semana.

*If you do not have Internet access, please call us between 8am and 4pm weekdays.*

FECHA DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_ CIRUJANO \_\_\_\_\_  
DATE OF PROCEDURE SURGEON

PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_  
PROCEDURE

HISTORIA PRE-OPERATORIA Y FISICO \_\_\_\_\_  
PRE-OPERATIVE HISTORY & PHYSICAL

**BIENVENIDO a Mason City Surgery Center (MCSC). Somos un centro de cirugía ambulatoria de especialidades múltiples. Apreciamos la oportunidad de ofrecerle cuidados a usted y a su familia. Nuestro centro ambulatorio está equipado con herramientas médicas avanzadas para ofrecerle una variedad de procedimientos quirúrgicos en un ambiente enfocado en calidad, satisfacción, comodidad del paciente y servicio al cliente.**

***WELCOME to Mason City Surgery Center (MCSC). We are a multi-specialty ambulatory surgery center. We appreciate the opportunity to care for you and your family. Our ambulatory center is equipped with advanced medical equipment designed to offer a variety of surgical procedures in an environment focused on quality, safety, patient comfort, and customer service.***

## INSTRUCCIONES DE HISTORIAL PRE-QUIRURGICO EN LINEA ONLINE PRE-SURGICAL HISTORY INSTRUCTIONS

Nos complace que usted y su médico nos hayan elegido para atenderlo. Nuestro centro solicita que usted complete su historial médico en línea con “One Medical Passport” tan pronto como le hayan programado su cirugía. Una vez que haga esto, nuestra enfermera de preadmisión podrá acceder la información que ingresó y ayudarlo a prepararse para su procedimiento.

Asegúrese de tener la siguiente información disponible antes de comenzar su historial de salud en línea:

- Su información de seguro médico
- Una lista de **TODOS** los medicamentos que está tomando, la dosis y frecuencia. Esto incluye cualquier suplemento.
- Una lista de procedimientos quirúrgicos que haya tenido
- 

*We are very pleased that you and your physician have chosen us to care for you. Our center requests that you fill out your medical history online with One Medical Passport as soon as your surgery has been scheduled. Once you do this, our Pre-Admission nurse will be able to access the information you have entered and help prepare you for your procedure.*

*Be sure to have the following information available before starting your online health history:*

- *Your health insurance information.*
- *A list of **ALL** medications you are taking, the dosage and frequency. This includes any supplements.*
- *A list of surgical procedures you have ever had.*

Para comenzar su historial de salud en línea,

1. Vaya al sitio web: [www.mcsurgerycenter.com](http://www.mcsurgerycenter.com)
2. Haga clic en el enlace “**Patient Registration**” que se encuentra en la página de inicio.
3. Para aceptar, marque la caja Terms of Use / Términos de Uso y haga clic en “Register/Registro” ó “Sign In/Iniciar Sesión”
4. Complete las pantallas de registro e historial médico, haga clic en "Finish/Finalizar" para enviar su historial médico en línea a nuestras instalaciones. **Si necesita ayuda con este proceso, utilice el enlace “Help/Ayuda” en el lado izquierdo de la pantalla.**

**\*\*Guarde el nombre de usuario y la contraseña en un lugar seguro para futuras visitas\*\***

**Nota: Si usted no puede completar su historial de salud en línea, por favor llame a nuestra enfermera de preadmisión entre las 8 am y 4 pm de lunes a viernes al 641-494-2000 o 877-704-0038 hasta 3 días antes de su procedimiento. Aún necesitará la información anterior cuando llame. Por favor, espere que la llamada dure de 20 a 30 minutos.**

*To begin your online health history,*

1. *Go to our website: [www.mcsurgerycenter.com](http://www.mcsurgerycenter.com)*
2. *Click the “**Patient Registration**” link on our home page*
3. *Check the box to accept the Terms of Use and click “Register” or “Sign In”*
4. *Complete the registration and medical history screens, click “Finish” to submit your online health history to our facility. **If you need help with this process, please use the Help link on the left side of the screen.***

**\*\*Please keep username and password in a safe place for further visits\*\***

**Note: If you are not able to complete your health history online, please call our Pre-Admission nurse between 8am and 4pm, Monday-Friday, at 641-494-2000 or 877-704-0038 up to 3 days before your procedure. You will still need the above information when you call. Please allow 20-30 minutes for this call.**

## **Como regresar a "One Medical Passport"**

### **How to Return to One Medical Passport:**

Los pacientes recurrentes pueden actualizar su información a través del sitio web de las instalaciones, o yendo directamente a [www.onemedicalpassport.com](http://www.onemedicalpassport.com) y con un clic en "Iniciar Session/Sign In." Se le pedirá que ingrese el nombre de usuario y la contraseña que creó. Simplemente seleccione la instalación y actualice la información de su procedimiento. Su historial médico anterior llenará el formulario. Si no ve la opción que está buscando o si tiene problemas, haga clic en el enlace "Ayuda/Help" a la izquierda.

*Returning patients may update their information through the facility web site, or by going directly to [www.onemedicalpassport.com](http://www.onemedicalpassport.com), and clicking the "Sign In" button. You will be asked to enter the username and password you created. Simply select the facility and update your procedure information. Your previous medical history will populate the form. If you do not see the option you are looking for, or are having problems, please click the Help link on the left.*

### **INFORMACIÓN PRE-OPERATORIA IMPORTANTE:**

#### **IMPORTANT PRE-OPERATIVE INFORMATION:**

**Un miembro del personal se pondrá en contacto con usted por teléfono entre 1-3 días antes de su procedimiento programado en relación con:**

- Hora de llegada (la hora de llegada es típicamente entre 1-2 horas antes de que la cirugía comience)
- Historial médico **incluyendo** medicamentos y alergias (si tiene acceso a internet, por favor lleve el historial de salud en línea tan pronto como sea posible)
- Instrucciones especiales
- Información del seguro médico

***A staff member will contact you by phone 1-3 days before your scheduled procedure regarding:***

- *Time of arrival (arrival time is typically 1-2 hours before surgery is to begin)*
- *Medical history **including** medications and allergies (If you have access to the internet, please complete health history online as soon as possible)*
- *Special instructions*
- *Insurance information*

### **ANTES DE SU CIRUGÍA**

- Usted **DEBERA** hacer arreglos para que un **adulto** responsable lo transporte a su casa y se quede con usted durante las 24 horas posteriores al procedimiento.
- **NO COMA O BEBA después de la media noche la noche antes de su cirugía** al menos que lo indique alguno de los miembros de nuestro personal. Esto incluye agua, chicle, caramelos o cigarrillos. **Es muy importante que siga estas instrucciones o su cirugía podría ser cancelada.**
- Si toma **diluyentes de la sangre, incluyendo aspirina o AINE (como ibuprofeno)**, probablemente deberá **SUSPENDER** estos medicamentos antes de su procedimiento. Por favor confirme con su cirujano antes de tomar cualquier decisión en cuanto a medicamentos.
- No alcohol o cigarrillos 24 horas antes de la cirugía.
- **Si se enferma** (fiebre, tos y vómito), por favor póngase en contacto con nosotros.
- Planifique con anticipación las comidas en casa para después de la cirugía.
- Si necesita **intérprete**, por favor notifíquenos.

### **BEFORE YOUR SURGERY:**

- You **MUST** arrange to have a responsible **adult** transport you home and stay with you for 24 hours following your procedure.
- **DO NOT EAT OR DRINK after midnight on the night before your surgery unless directed by one of our staff members.** This includes water, gum, candy, cigarettes. **It is very important for these instructions to be followed or your surgery may be cancelled.**
- If you take **blood thinners, including aspirin or NSAIDS (such as ibuprofen),** you will likely need to **HOLD** these medications prior to your procedure. Please check with your surgeon prior to making any medication decisions.
- No alcohol or cigarettes 24 hours prior to surgery.
- **If you become ill (fever, cough, and vomiting), please contact us.**
- Plan ahead for meals at home following your surgery.
- If an **interpreter** is needed, please notify us.

### **EL DÍA DE LA CIRUGÍA:**

- Favor de traer con usted los siguientes artículos si aplica:
  - Lentes/estuche (no de contacto)
  - Máquina CPAP
  - Muletas/Soporte de pierna
  - Inhaladores
  - Aparatos auditivos
  - Insulina
  - Gotas de ojos (si es un paciente de cataratas)
- **Quítese TODOS los piercings corporales y las joyas.** Déjelos en su casa con sus cosas de valor.
- Evite usar maquillaje, especialmente maquillaje en los ojos
- Báñese o dúchese la mañana de su cirugía, pero no use lociones o aceites después del baño. No se afeite cerca del sitio quirúrgico.
- Cepille sus dientes, pero no se trague ningún líquido.
- Use ropa holgada y cómoda que pueda acomodar un vendaje grande. Use zapatos cómodos.
- **Limite el número de visitantes a 2 personas en las Áreas de Cuidado de Pacientes**

### **DAY OF SURGERY:**

- Please bring the following items with you if applicable:
  - Glasses/case (no contacts)
  - CPAP Machine
  - Crutches/Leg Brace
  - Inhalers
  - Hearing Aides
  - Insulin
  - Eye drops (if cataract patient)
- **Remove ALL body piercings and jewelry.** Leave at home along with any valuables.
- Avoid wearing makeup, especially eye makeup.
- Please bathe or shower the morning of your surgery, but do not use lotions or oils after bathing. Do not shave near the surgical site.
- Brush your teeth but do not swallow any fluids.
- Wear loose, comfortable clothing that may accommodate a large bandage. Wear comfortable shoes.
- **Limit visitors to 2 people in Patient Care Areas.**

## **PARA NIÑOS (0-17 AÑOS) / FOR CHILDREN (0-17 years)**

- Si desea un tour del Surgery Center y conocer a algunas de las personas que podrán proveerle cuidados a su hijo(a), llame al 641-494-2000 para programar una cita.  
*If you would like to tour the Surgery Center and meet some of the people that may be caring for your child, please call 641-494-2000 to set up an appointment.*
- **Uno de los padres o tutor debe permanecer en las instalaciones del Surgery Center todo el tiempo que su hijo(a) se encuentre aquí.**  
*A parent or guardian must remain in the building at the Surgery Center at all times while your child is here.*
- **Si usted es el tutor del niño(a), debe presentar documentos legales que indiquen la tutela.**  
*If you are the child's guardian, you must provide legal documents indicating guardianship.*
- Traer cualquier artículo que consuele a su hijo (cobija, juguete, chupete, etc.)  
*Bring any comfort items for your child (blanket, toy, pacifier, etc)*
- Traer un biberón vacío o una taza entrenadora. No tenemos fórmula o leche disponible, debe traerla usted si su hijo la prefiere.  
*Bring an empty bottle or sippy cup. We do not have formula or milk available so please bring with if your child prefers.*
- Traer pañales y un cambio de ropa.  
*Bring diapers and a change of clothes.*
- Si su hijo viaja en un asiento de seguridad orientado hacia atrás, 2 adultos deben acompañarlo para observar al niño mientras viaja.  
*If your child is in a rear facing car seat, 2 adults must accompany to observe the child while traveling.*
- Le recomendamos a los padres que hablen de la cirugía con su hijo(a) con anticipación para reducir su ansiedad.  
*We recommend that parents discuss the surgery with your child in advance to reduce their anxiety.*

El Surgery Center fomenta la interacción familiar. Usted podrá estar con su hijo(a) durante gran parte del tiempo prequirúrgico y de recuperación. Debido a que su hijo querrá su atención individual el día de la cirugía, **le sugerimos que no traiga a otros niños con usted.**

*The Surgery Center encourages family interaction. You will be able to be with your child during much of the pre-surgical and recovery time. Because your child will want your individual attention the day of surgery, we suggest that you do not bring other children with you.*

### **REGISTRO:**

- Al llegar al Mason City Surgery Center, el personal de registro verificará su información de seguro médico.
- Favor de traer las tarjetas de seguro médico/farmacia y una identificación con foto.
- Se le colocará una banda de identificación y una banda de alergia (si aplica) en su muñeca para que el personal lo identifique.
- Durante su visita, se le pedirá que se identifique e indique el procedimiento planeado. Por favor tenga paciencia y recuerde que lo hacemos por su seguridad.

### **REGISTRATION:**

- Upon arrival to Mason City Surgery Center, the registration staff will verify your insurance information.
- Please bring insurance/pharmacy cards with you, along with a photo ID.
- An ID band and allergy band (if applicable) will be placed on your wrist for identification to staff.

- *You will be asked to identify yourself and state the planned procedure throughout your visit. Please be patient and remember we are doing this for your safety.*

#### **PRE-OPERATIVO:**

- Una vez que se haya registrado, lo llevarán a una de nuestras salas preoperatorias. Su acompañante(s) puede(n) acompañarlo si lo prefiere.
- Por favor limite sus acompañantes a 2 personas.
- Le proporcionaremos una batas y pantuflas. Se le pedirá que use un gorrito para mantener su cabello cubierto.
- Entonces, una enfermera lo preparará para la cirugía. En este momento se firmará el consentimiento para la cirugía y se revisarán las instrucciones para los cuidados en casa.
- El anesitólogo se reunirá con usted para discutir el tipo de anestesia que le aplicarán. Verá a su cirujano antes de la cirugía.

#### **Ocasionalmente, la cirugía puede retrasarse debido a circunstancias fuera de nuestro control.**

En caso de que se ocurra algún retraso, le mantendremos informado. Agradecemos su paciencia en estas circunstancias.

Cuando esté listo para la cirugía, lo acompañarán a la sala de operaciones. Su(s) acompañante(s) será llevado(s) a la sala de espera. Pedimos a todos los acompañantes que permanezcan en el área de espera durante la cirugía en caso de que un miembro del personal necesite comunicarse con ellos. Si su acompañante debe irse, por favor dejar la información de contacto en la recepción. Cuando termine la cirugía, el cirujano se reunirá con su acompañante para hablar de la cirugía.

#### **PRE-OPERATIVE:**

- *Once registered, you will be escorted to one of our pre-operative rooms. Your escort(s) may accompany you if you prefer.*
- *Please limit escorts to 2 people.*
- *We will provide you with a gown, robe and slippers. You will be required to wear a bouffant to keep your hair covered.*
- *You will then be prepared for surgery by a nurse. The consent for the surgery will be signed at this time. Homecare instructions will also be reviewed.*
- *The anesthesiologist will meet with you to discuss the type of anesthesia you will have. You will see your surgeon prior to surgery.*

***Occasionally, surgery may be delayed due to circumstances beyond our control. Should delays occur, we will keep you informed. We appreciate your patience in these circumstances.***

***When ready for surgery, you will be escorted back to the operating room. Your escort(s) will be taken to the waiting area. We encourage all escorts to remain in the waiting area during the surgery in case a team member needs to contact them. If your escort must leave, please leave contact information at the front desk. When the surgery is complete, the surgeon will meet with your escort to discuss the surgery.***

#### **POST OPERATORIO:**

- Después de la cirugía, lo(a) llevarán a la sala de recuperación o la unidad postoperatoria dependiendo del tipo de anestesia que recibió para la cirugía.
- Una vez que esté en la unidad postoperatoria, su acompañante podrá estar con usted.
- Las Instrucciones para los cuidados en casa se revisarán antes de darle de alta.
- Usted recibirá una llamada de seguimiento de la enfermera de Surgery Center al siguiente día hábil en relación con su recuperación. Si tiene necesidades inmediatas o inquietudes, por favor busque los números telefónicos en las instrucciones de cuidados en casa.



### **POST OPERATIVE:**

- *After surgery you will be taken to the recovery room or the post-operative unit depending on the type of anesthesia you received for your surgery.*
- *Your escort will be invited to join you once you are in the post-operative unit.*
- *Homecare instructions will be reviewed prior to discharge.*
- *You will receive a follow-up call on the next business day from a Surgery Center nurse regarding your recovery. If you have any immediate needs or concerns, please refer to the phone numbers on your homecare instructions.*

### **SEGURO MÉDICO Y MEDICARE/MEDICAID:**

- *Nosotros haremos los reclamos y formularios del seguro y Medicare/Medicaid por usted. Para propósitos de llenarlos, favor de traer sus tarjetas de seguro médico el día de la cirugía.*
- **MCSC no es un proveedor “dentro de la red” para todas las compañías de seguros. Consulte con su seguro para ver si es necesaria una certificación previa o una segunda opinión.**
- *Es responsabilidad del paciente pagar todos los cargos que no sean cubiertos por el seguro. Si espera que su procedimiento esté cubierto por un plan de compensación para trabajadores o una compañía de seguros de responsabilidad civil, debe proporcionar a nuestra oficina de facturación un reclamo válido o se facturará a su compañía de seguros. **Para obtener más información, llame a nuestro departamento de seguros/facturación al 1-800-969-9870.***

### **INSURANCE AND MEDICARE/MEDICAID:**

- *We will file insurance and Medicare/Medicaid forms for you. For filing purposes, please bring your insurance cards with you on the day of surgery.*
- **MCSC is NOT an “in-network” provider for all insurance carriers. Please check with your insurance to see if pre-certification or a second opinion is necessary.**
- *It is the patient’s responsibility to pay all charges not covered by insurance. If you expect your procedure to be covered under a workers compensation plan or a liability insurance carrier, you must provide our billing office with a valid claim or your insurance company will be billed. **For more information call our insurance/billing department at 1-800-969-9870.***

### **EXPLICACION DE LA TARIFA:**

- *Si tiene preguntas acerca de las tarifas de MCSC, por favor llame al 1-800-969-9870.*
- *La asistencia financiera está disponible para aquellos que califiquen. Todos los arreglos de pago y la asistencia financiera deben coordinarse antes de su procedimiento.*
- *La tarifa de las instalaciones incluye el costo de la sala de operaciones, suministros, equipo, medicamentos y cuidados en la sala de recuperación.*
- *Usted recibirá facturas separadas de su cirujano y proveedor de anestesia. Es posible que reciba una factura por servicios adicionales como patología, laboratorio y radiología.*

### **FEE EXPLANATION:**

- *If you have any questions concerning the MCSC fee, please call 1-800-969-9870.*
- *Financial assistance is available for those who qualify. All payment arrangements and financial assistance must be arranged prior to your procedure.*
- *The facility fee includes the cost of the operating room, supplies, equipment, medication, and recovery room care.*
- *You will receive separate bills from your surgeon and anesthesia provider. You may receive a bill for additional services such as pathology, laboratory, and radiology.*



## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

MCSC le debe proporcionar a los posibles pacientes o al representante autorizado del paciente, un aviso por escrito y verbal de sus derechos y responsabilidades antes de su procedimiento. La Política de la Declaración de Derechos del paciente completa está disponible a petición. MCSC presenta esta información con la expectativa de que la observancia de estos derechos contribuirá a un mayor nivel de atención al paciente y una mayor satisfacción para el paciente y los proveedores de atención médica del paciente.

### ***PATIENT'S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES***

*MCSC is required to provide prospective patients, or the patient's authorized representative, with written and verbal notice of their rights and responsibilities prior to their procedure. The entire Patient Bill of Rights policy is available upon request. MCSC presents this information with the expectation that observance of these rights will contribute to a higher level of patient care and greater satisfaction for the patient and the patient's healthcare providers.*

## **DERECHOS DEL PACIENTE:**

- Recibir atención considerada y respetuosa en un entorno seguro que proporcione la privacidad adecuada.
- Expresar agravios sin ser objeto de discriminación o represalias.
- En la medida que se conozca, recibir información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Se informará al paciente el nombre del médico que es responsable de coordinar su atención.
- De recibir la información necesaria de su médico y del Surgery Center para dar un consentimiento informado antes de comenzar el procedimiento.
- De estar involucrado en los planes de cuidado y tratamiento. Se le informará al paciente de las políticas del Surgery Center en relación con las directivas avanzadas antes del procedimiento.
- De solicitar o negarse a tratamiento y estar informado de las consecuencias médicas de su solicitud.
- De tener la oportunidad de otorgar o de negar permiso para la presencia de personas que no estén directamente involucradas en su atención. La información y los registros del paciente se tratarán de manera confidencial y solo se divulgarán con la autorización adecuada, excepto cuando lo exija la ley.
- De cambiar de médico si otro médico calificado está disponible. Las credenciales del médico están disponibles según se soliciten.
- A una respuesta lógica (dentro de la capacidad) por el Surgery Center a la solicitud de servicios para pacientes. En caso de necesidad de traslado a otra instalación, el paciente recibirá una explicación completa de la necesidad de traslado.
- A obtener información sobre las relaciones del Surgery Center con otras instituciones de salud o de enseñanza y con respecto al interés financiero o a la propiedad del médico.
- A esperar una continuidad razonable de la atención y provisión de atención después del alta.
- A recibir una explicación de la factura del Surgery Center independientemente de la fuente de pago.

### ***PATIENT RIGHTS:***

- *To considerate and respectful care in a safe setting that provides appropriate privacy.*
- *To voice grievances without being subjected to discrimination or reprisal.*
- *To the degree known, receive complete and current information concerning your diagnosis, treatment and prognosis. The patient will be informed of the physician by name that is responsible for coordinating their care.*

- *To receive information necessary from your physician and the Surgery Center to give informed consent prior to the start of any procedure.*
- *To be involved in care planning and treatment. The patient will be informed of the Surgery Center's policy regarding advance directives prior to your procedure.*
- *To request or refuse treatment and to be informed of the medical consequences of your request.*
- *To have the opportunity to grant or deny permission for presence of individuals not directly involved in your care. Patient information and records will be treated confidentially and will only be disclosed with proper authorization except when required by law.*
- *To change physicians if another qualified physician is available. Physician credentials will be made available upon request.*
- *To a reasonable response (within capacity) by the Surgery Center to the request for patient services. Upon the necessity to transfer to another facility, the patient will receive a full explanation of the need for the transfer.*
- *To obtain information concerning relationships of the Surgery Center to other healthcare or teaching institutions and regarding physician financial interest or ownership.*
- *To expect reasonable continuity of care and provision for care after discharge.*
- *To receive an explanation of the Surgery Center bill regardless of source of payment.*

#### **RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

- En la medida de sus posibilidades, proporcionar información de salud anterior y actual, incluyendo antecedentes médicos y quirúrgicos, alergias o sensibilidades y medicamentos caseros a quienes lo atienden.
- Seguir el plan de tratamiento prescrito e informar a los proveedores de los problemas anticipados siguiendo las instrucciones de atención en el hogar.
- **Proporcionar un adulto responsable del transporte al momento del alta que permanezca con el paciente durante las veinticuatro (24) horas posteriores al alta.**
- Reportar complicaciones a su proveedor de cuidados de salud después del alta.
- Informar al médico y al Surgery Center de una directiva anticipada ejecutada.
- Aceptar responsabilidad financiera por los cargos que no sean cubiertos por el seguro.
- Ser respetuoso con todos los proveedores de cuidados de salud y el personal, al igual que con otros pacientes y visitantes.
- Seguir las señales y reglas del Surgery Center.

#### **PATIENT RESPONSIBILITIES**

- *To the best of the patient's ability, provide prior and current health information including medical and surgical history, allergies or sensitivities, and home medications to those caring for you.*
- *To follow the treatment plan prescribed and inform providers of anticipated problems following the home care instructions.*
- ***To provide a responsible adult for transport upon discharge remaining with the patient for twenty-four (24) hours following discharge.***
- *To report complications to your healthcare provider after discharge.*
- *To inform the physician and Surgery Center of an executed advance directive.*
- *To accept financial responsibility for charges not covered by insurance.*
- *To be respectful of all health care providers and staff, as well as other patients and visitors.*
- *To follow Surgery Center posted signs and rules.*

## **PROCESO PARA RECLAMOS:**

El paciente recibirá una encuesta de satisfacción de cliente para darle oportunidad al paciente de compartir comentarios en relación con los cuidados que recibió en el Surgery Center. Si el paciente desea presentar una queja formal, el/ella puede hacerlo enviando una explicación por escrito de la queja a la dirección que se proporciona a continuación. El paciente también podrá acceder la oficina de Derechos Civiles en: [www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html). Si tiene preguntas acerca de la política de reclamos del Surgery Center favor de ponerse en contacto con el administrador de Mason City Surgery Center.

## **GRIEVANCE PROCEDURE:**

*Patients receive a patient satisfaction survey giving the patient the opportunity to share comments regarding their care at the Surgery Center. If a patient would like to file a formal complaint, he/she can do so by forwarding a written explanation of the grievance to the address provided below. The patient may also access the Office for Civil Rights at [www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html). If you have questions regarding the Surgery Center grievance policy please contact Mason City Surgery Center's Administrator.*

Administrador/ Administrator  
Mason City Surgery Center  
990 4<sup>th</sup> Street SW, Mason City, Iowa 50401  
(641)-494-2000

Departamento de Salud y  
Servicios Humanos de EE. UU./  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20201  
(800)-368-1019  
TTD: (800)-537-7697

## **DIRECTIVAS ANTICIPADAS**

Bajo las leyes de Iowa, los pacientes tienen el derecho a ejecutar directivas anticipadas como testamentos en vida y poder notarial duradero para decisiones de atención médica. Mason City Surgery Center puede proporcionarle formularios de instrucciones anticipadas oficiales del estado. Información adicional en relación con las directivas anticipadas por el Estado de Iowa están disponibles en:

[https://www.iowamedical.org/iowa/Iowa\\_Public/](https://www.iowamedical.org/iowa/Iowa_Public/)

Si usted ha ejecutado una directiva anticipada, favor de traer la copia mas reciente al Mason City Surgery Center el día de su procedimiento. Como paciente del Surgery Center, tiene derecho a tomar decisiones informadas en cuanto a sus cuidados. Estas incluyen, el derecho al consentir, a rechazar y retirar el consentimiento para procedimientos médicos.

**Note por favor que es política del Mason City Surgery Center resucitar pacientes hasta que se pueda transferir la atención a un centro de cuidados intensivos.** Si está disponible, una copia de los documentos de su directiva anticipada lo acompañará al transferir su atención.

Si tiene alguna pregunta acerca de la política de directivas anticipadas de Mason City Surgery Center, por favor llame al 641-494-2000 y pida hablar con una enfermera clínica gerente.

## **ADVANCE DIRECTIVES**

*Patients have a right under Iowa law to execute advance directives such as Living Wills and Durable Power of Attorney for Health Care Decisions. Mason City Surgery Center can provide you with official State advance directive forms. Additional information regarding advance directives for the State of Iowa is available at [https://www.iowamedical.org/iowa/Iowa\\_Public/](https://www.iowamedical.org/iowa/Iowa_Public/)*

*If you have executed an advance directive, please bring your most recent copy to Mason City Surgery Center on the day of your procedure. As a patient of the Surgery Center you have the right to make informed decisions regarding your care. These include the right to consent, to reject, and to withdraw consent for medical procedures. **Please note it is the policy of Mason City Surgery Center to resuscitate patients***

**until care can be transferred to an acute care facility.** *If made available, a copy of your advance directive documents will accompany you upon transfer of your care.*

*If you have any questions regarding Mason City Surgery Center's advance directive policy, please call 641-494-2000 and ask to speak to a clinical nurse manager.*

## **REVELACIÓN DE INTERESES FINANCIEROS**

Mason City Surgery Center es un proyecto conjunto entre MercyOne-North Iowa Medical Center y un grupo de médicos inversionistas. Como prospecto paciente, estamos obligados a informarle sobre cualquier interés financiero o propiedad del médico en la instalación.

A continuación, se enumeran los médicos acreditados de MCSC; los médicos propietarios se denotan con un asterisco (\*):

### **FINANCIAL INTEREST DISCLOSURE**

*Mason City Surgery Center is a joint venture between Mercy Medical Center-North Iowa and a group of physician investors. As a prospective patient we are required to inform you of any physician financial interest or ownership in the facility.*

*Listed below are the credentialed physicians of MCSC; physician owners are denoted with an asterisk (\*):*

Adams, Christopher*	Fabian, Matthew	Jones, Darron*	Raatz, Justin	
Ahari, Abdi*	Faust, Michael	Kloc, Ronald*	Radulescu, Mihail	Sondhi, Satish*
Ahari, Sheela	Foad, Abdul	Lee, Phillip*	Rattay, Richard*	Splittgerber, Brittany*
Brandli, Shari	Gibbons, Timothy*	Meyer, Mark*	Recinos, Rene*	Summerfield, Melissa*
Carter, Bradney*	Grimberg, Gregory	Mulholland, Tim*	Rier, Kevin*	Tan, Thoo
Crane, Michael*	Hauptert, Christopher	Mulkey, Mark*	Riley, Brandt*	Thoma, Steven*
Debrah, Charles	Heilskov, Todd	Ostiguy, Steven	Rowe, Jeff*	Thoma, Trish*
Dettmer, Timothy*	Henrich, Edward*	Potthoff, Eric*	Scherb, Michael*	Velez, Roberto
Diggelmann, Henry*	Jalukar, Vishram*	Qualey, Michael	Sewell, Wade	
Donohoe, Scott*	Jayawardena, Harsha*	Quinn, Jonna	Singer, James	

Tiene derecho a elegir dónde se realizará el procedimiento y el proveedor de su elección. Su médico puede proporcionarle información sobre centros y proveedores de atención médica alternativos. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en esta divulgación, no dude en consultar a su médico. Le damos la bienvenida como paciente y valoramos nuestra relación con usted.

*You have the right to choose where you have your procedure performed and by the provider of your choice. Your physician can provide information about alternative healthcare facilities and providers. If you have any questions regarding the information contained in this disclosure please feel free to ask your physician. We welcome you as a patient and value our relationship with you.*

A continuación, enumere las preguntas que desee que su médico o el personal de cirugía le respondan.  
*List any questions below that you want answered by your doctor or surgery staff:*

---

---

---

Mason City Surgery Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo o religión.

*Mason City Surgery Center complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, or religion.*

