

HOMETOWN HEALTH CENTERS – REGISTRO DEL PACIENTES

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ sin hogar: si No

La ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Sexo: M ___ F ___ Fecha de nacimiento: _____

(Para información solamente)

Raza: blanco negro/afroamericano Asiático las islas del Pacífico multirracial nativos americanos otros

Origen étnico: hispanos o latinos no hispano o Latino se niegan a informe

Idioma: inglés Español otros: _____

JEFE DE HOGAR/PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA

Madre/tutor: _____ Nombré apellido de soltera: _____

Dirección: _____

La ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ relación: _____ estado civil: _____

Casa: () _____ teléfono celular: () _____ teléfono de trabajo: () _____

¿Podemos dejar un mensaje? (comprobar para sí) Teléfono de casa celular teléfono del trabajo texto

Correo electrónico: _____ @ _____

Empleador: _____

Nombre (padre/tutor): _____

Dirección: _____

La ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ relación: _____ estado civil: _____

Casa: () _____ teléfono celular: () _____ teléfono de trabajo: () _____

¿Podemos dejar un mensaje? (comprobar para sí) Teléfono de casa celular teléfono del trabajo texto

Correo electrónico: _____ @ _____

Empleador: _____

¿Quién tiene custodia? _____

¿Existe alguna restricción legal que restringiría al padre sin custodia de consentir al tratamiento médico para el niño o de la obtención de información sobre el tratamiento médico del niño? Sí necesidad de custodia documentos No

INFORMACIÓN HOGAR

Como un centro calificado federalmente salud, necesitamos la siguiente información para reportes estadísticos

Ingreso familiar anual aproximado: \$ _____ número de miembros de la familia: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

(Si los padres no se logra)

Nombre: _____ teléfono #: _____

Dirección: _____ relación de: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Seguro primario: _____ ID #: _____

Nombre del suscriptor del seguro: _____

Seguro secundario: _____ ID #: _____

Nombre del suscriptor del seguro: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____ número de teléfono: _____

Dirección: _____

LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

I autorizar los centros de salud ciudad natal para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen a mí (o mi hijo) durante el período de tal cuidado, terceros pagadores o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a los centros de salud ciudad natal, en caso contrario a pagar me las prestaciones del seguro de grupo. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que el actual proyecto de ley para los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Por la presente, certifico que a lo mejor de mi conocimiento toda la información arriba es verdadera y correcta. Entiendo que oficiales del programa pueden verificar la información en este formulario o utilizar la información para el análisis estadístico. También entiendo que fuente de información se mantendrá confidencial.

** El pago se espera en el momento del servicio a menos que otros arreglos se han hecho. Aceptamos efectivo, cheques y crédito cards.**

Firma del madre/tutor _____
fecha

Firma del padre/tutor _____
fecha

Firma de HHC personal _____
fecha



ACUERDO DE ASISTENCIA

Nuestro Compromiso

El personal de Hometown Health Centers considera el tratamiento como una asociación entre usted y sus proveedores. Prometemos la atención de más alta calidad que podemos brindar. Para beneficiarse del tratamiento, esperamos que participe totalmente en el tratamiento que se brinda.

Acuerdo

Me han informado que se espera asistencia regular a todas las citas programadas. Si pierdo una cita sin avisar con al menos 24 horas de anticipación, o si tengo un registro de citas perdidas con frecuencia, entiendo que no podré hacer citas futuras.

Solo se me ofrecerán citas del mismo día por orden de llegada.

Firma de Paciente/Paciente/ Guardián: _____

Nombre del paciente impreso: _____

Fecha: _____



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de los centros de salud ciudad natal. Este aviso describe cómo utilizar y revelar mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgación de mi información de salud y los derechos que pueda tener con respecto a mi protegida información médica centros de salud de ciudad natal.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- Participamos en (i) la Alianza para mejorar la atención sanitaria, LLC, un sistema de proveedor de realizar (PPS) o (ii) la innovación salud Alianza de Nueva York, LLC una organización de cuidado responsable (ACO) o (iii) la innovación salud Alianza de Nueva York, IPA, LLC. Estos son programas de estado de Nueva York reglamentado creados para coordinar su atención médica y reducir procedimientos médicos innecesarios o duplicados o pruebas. Al firmar este formulario, usted nos permite compartir su información de salud con otros prestadores de salud que están tratando y que participan en PPS o ACO, con el fin de coordinar su atención médica. Tenga en cuenta que la información de salud que es lo que nos permite compartir puede incluir información sobre VIH/SIDA, las condiciones de salud mental, o información sobre enfermedades de transmisión sexual.

ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL DE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

- Reconozco que he recibido una copia del folleto del estado de Nueva York de "Planificación de su cuidado de la salud en avance" en las directivas anticipadas y formulario de poder para cuidado de la salud.

GENERAL CONSENTIMIENTO PARA PRESCRIBIR ELECTRÓNICO

- Doy mi permiso para centros de salud de ciudad natal electrónicamente recetar medicamentos en mi nombre a la farmacia de mi elección y acceder a mi información de receta electrónica e historia.

TRATAMIENTO GENERAL CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD

- Por la presente autorizo y solicitar los proveedores utilizados por centros de salud de la ciudad a través de servicios de telesalud para proporcionar tratamiento adecuado para:

GENERAL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

- Por la presente autorizo y solicitar a los proveedores en los centros de salud de ciudad natal para proporcionar tratamiento adecuado para:

Nombre de paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente, padre o tutor, Representante Legal

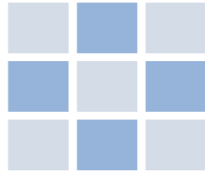
Fecha

Imprimir nombre

relación con el paciente

Centros de salud de testigo/ciudad natal empleado: _____

Fecha: _____



1044 State Street, Schenectady, NY 12307
 Tel: (518) 370-1441
 www.hometownhealthcenters.org

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS DE MENOR IMPORTANCIA
Accompanied by an adult other than parent or legal guardian

I, _____,
 (Nombre del padre/de la impresión legal del guarda-por favor)

De el permiso para Hometown Health Centers convite

 (Nombre de la impresión del niño)

 Fecha de nacimiento del niño

Para el tratamiento médico o dental de la rutina y de la emergencia cuando está juzgado necesario por el personal médico/dental cualificado esta acompañado cerca:

(La identificación de la foto se debe proporcionar por los individuos antedichos)

Esta autorización es válida para:

- Visita de hoy solamente.
- To _____ de fecha _____ (fecha).
- Hasta revocado en escribir por mí.

 Nombre impreso del padre/del guarda legal

 Firma del padre/del guarda legal

 Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar este formulario usted acepta participar en una red de proveedores de servicios de salud y sociales (La Red), que trabaja de manera conjunta para conectar clientes con servicios utilizando Unite Us, una plataforma basada en internet. Con el fin de conectarlo con los proveedores que puedan apoyarlo, necesitaremos alguna información de su parte, así como su permiso para compartir esa información con La Red.

Sus datos personales serán tratados de manera estrictamente confidencial y serán utilizados con el único propósito de hacer referencias y de ayudarlo a obtener los servicios requeridos por usted voluntariamente. Algunos proveedores de asistencia médica de La Red están obligados a cumplir con las leyes de protección de datos y privacidad federales, estatales y locales, incluyendo las regulaciones federales HIPAA. En algunos casos, ellos deberán requerir una autorización escrita adicional de su parte para revelar su información de salud confidencial. Por favor lea cuidadosamente la siguiente información y firme al final del documento para indicar que entendió y está de acuerdo con cada uno de los siguientes puntos:

- Autorizo la distribución de mi información a través de La Red y la permanencia de dicha información en su sistema digital de referencias; y acepto y entiendo que cualquier referencia solicitada por mí o en mi nombre podrá ser o no aceptada por las organizaciones contactadas. Los proveedores de servicios podrán contactarme a mí y/o transmitir mis datos personales a través de comunicación oral, correo electrónico, mensaje de texto, fax o correo, si es necesario, para ayudarme a obtener los servicios apropiados;
- Entiendo y acepto que la información que proporciono podrá ser almacenada en el sistema digital de referencias establecido por La Red y podrá estar disponible para los proveedores de servicios que sean miembros de La Red;
- Entiendo y acepto que mis datos personales, incluyendo pero no limitándose a necesidades especiales solicitadas e información demográfica, también podrán ser transmitidos a través de internet con el fin de ayudarme a obtener los servicios apropiados, y acepto no responsabilizar a Unite Us o a cualquiera de las organizaciones referidas en caso de no recibir servicios o quedar insatisfecho con el proveedor de servicios o con los servicios recibidos a través de La Red;
- Soy el único responsable de la veracidad y la exactitud de la información que presenté para incluir en mi archivo. Entiendo que tengo el derecho a solicitar las correcciones apropiadas de la información de mi archivo que considere imprecisa o desactualizada;
- Entiendo que por cualquier motivo y en cualquier momento un proveedor de servicios puede decidir copiar o eliminar la totalidad o parte de mis datos o archivo personal almacenado en la red Unite Us para garantizar la calidad adecuada, la entrega de servicios y las medidas de información;
- Entiendo que puedo ser contactado ocasionalmente por un proveedor de servicios para completar una encuesta de valoración voluntaria acerca de mis experiencias y que mi información anónima podrá ser utilizada con el fin de optimizar la entrega de servicios tanto dentro como fuera de Unite Us;
- Autorizo la suscripción a programas de servicios y/o capacitación, que pueden ser financiados por un departamento o agencia local, estatal o federal. Estas fuentes de financiación podrán contactarme con propósitos de verificación con preguntas o retroalimentación en relación con los programas que están financiando;
- Entiendo que este formulario puede ser modificado ocasionalmente para garantizar el cumplimiento de las leyes de privacidad y para proteger la seguridad de mis datos personales. Puedo ser notificado de dichos cambios y puedo declinar mi autorización en cualquier momento si dichos cambios son inaceptables para mí;
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento de participación o solicitar la desuscripción a recibir servicios a través de la red Unite Us, y que dicha desuscripción está sujeta a un tiempo de procesamiento de al menos un día laboral. Sin mi anulación expresa, mi consentimiento expirará automáticamente al finalizar la relación con el sistema Unite Us.
- En caso de estar firmando como representante personal de otra persona, afirmo bajo las leyes apropiadas que he recibido la autorización para firmar esta divulgación de información en nombre de la persona mencionada.

RECONOCIDO Y ACEPTADO (Si es menor de edad para dar su consentimiento bajo las leyes apropiadas, un tutor legal, representante personal o persona legalmente autorizada deberá firmar este formulario en su nombre)

_____ (Firma) _____ (Nombre impreso)

Fecha: _____

ACEPTACIÓN Y RECONOCIMIENTO VERBALES TESTIFICADOS POR

_____ (Firma) _____ (Nombre impreso)

_____ (Título)

Fecha: _____ Hora: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A CONFORMIDAD CON HIPPA

[Este formulario ha sido aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York]

Nombre de Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Dirección de Paciente:		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud con respecto a mi cuidado y tratamiento sea revelado como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la revelación de información sobre el **ALCOHOL y ABUSO DE DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia, e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA al VIH*** sólo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 9 (a). En el evento que la información de salud incluye alguno de estos tipos de información, y mis iniciales están en la casilla número 9 (a), autorizo específicamente la revelación de esa información a la persona (s) indicada en el punto 8.
2. Si autorizo la revelación de información relacionado con el VIH, sobre el tratamiento de alcohol o drogas, o información sobre el tratamiento de la salud mental, el recipiente está prohibido a revelar tal información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy discriminado(a) a causa de la liberación o de la revelación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División del Estado de Nueva York responsable de proteger los derechos a (212) 480-2493 o las Comisiones de la Ciudad de Nueva York de los Derechos Humanos al (212) 306- 7450. Estas agencias son responsables de la protección de los derechos.
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor médico que se indica abajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que la acción ya se haya tomado en base a esta autorización.
4. Entiendo que firmando esta autorización es voluntario. Mi pago, tratamiento, la inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no serán condicionados a mi autorización de esta descripción.
5. La información revelada bajo esta autorización puede ser revelada por el destinatario (con excepción de lo señalado anteriormente en el punto 2), y esta nueva revelación puede dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA HABLAR ACERCA DE MI SALUD O ATENCIÓN MÉDICA QUE NO SEA A UN ABOGADO O AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADO EN EL PUNTO 9 (B).**

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o entidad a revelar esta información:
--

8. Nombre y dirección de la persona (s) o categoría de persona a la que se enviará la siguiente información:
--

<p>9(a). Información específica que se publicará:</p> <p><input type="checkbox"/> Registros Médico de (fecha) _____ hasta (fecha) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Registros Médico Completo, incluyendo historial del paciente, notas de oficina (excluyendo notas de psicoterapia), resultados de exámenes, estudios de radiología, referencias médicas, consultas, registros de facturas, registros de seguro, y registros enviados a usted por otros proveedores médicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro(s): _____ Incluye: (Indique con iniciales)</p> <div style="margin-left: 150px;"> <p>_____ Tratamiento de Alcohol/ Drogas</p> <p>_____ Información sobre Salud Mental</p> <p>_____ Información relacionada con el VIH</p> </div> <p>Autorización Para Hablar Sobre Información de Salud:</p> <p>(b) Poniendo mis iniciales aquí _____ le autorizo a _____</p> <div style="margin-left: 100px;"> <p>(Iniciales) (Nombre de Proveedor Médico)</p> <p>hablar sobre mi salud con un abogado, o agencia gobernanta, representado aquí:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Abogado/ Nombre de Agencia Gubernamental)</p> </div>
--

<p>10. Razón para revelar información:</p> <p><input type="checkbox"/> A petición del paciente Otra razón: _____</p>	<p>11. Fecha cuando esta autorización expirara:</p>
---	---

<p>12. Nombre de persona firmando este formulario si no es el paciente:</p>	<p>13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:</p>
---	--

Todos los elementos de este formulario se han completado y mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas. Además, he recibido una copia del formulario.

Firma del paciente o representante oficial autorizado por la ley.

Fecha



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ACCESO A DATOS ELECTRÓNICOS DE Hixny HOMETOWN HEALTH CENTERS

En este Formulario de Consentimiento, puede optar por permitirle a **HOMETOWN HEALTH CENTERS** obtener acceso a sus registros médicos a través de una red computarizada administrada por Healthcare Information Xchange of New York (Hixny), que es parte de una red computarizada que se extiende por todo el estado. Esto puede ayudar a recopilar registros médicos que tiene usted en diferentes lugares donde le proveen atención de la salud y tenerlos a disposición en forma electrónica en nuestras oficinas.

Puede usar este Formulario de Consentimiento para decidir si permite o no a **HOMETOWN HEALTH CENTERS** ver y acceder a sus registros de salud electrónicos de esta manera. Puede dar su consentimiento o denegarlo, y este formulario podrá completarse ahora o en una fecha posterior. **Su elección no afectará su capacidad de recibir atención médica o cobertura de seguro médico. Su decisión de dar o denegar su consentimiento no podrá ser motivo para la denegación de servicios de salud.**

Si marca **“DOY MI CONSENTIMIENTO”** en la casilla de abajo, está diciendo "Sí, el personal de **HOMETOWN HEALTH CENTERS** que participa de mi atención puede ver y acceder a todos mis registros médicos a través de Hixny".

Si marca **“DENIEGO MI CONSENTIMIENTO”** en la casilla de abajo, está diciendo "No, **HOMETOWN HEALTH CENTERS** no podrá acceder a mis registros médicos a través de Hixny bajo ninguna circunstancia". Hixny es una organización sin fines de lucro. Divulga información sobre la salud de las personas en forma electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios de atención de la salud. Este tipo de divulgación de información se llama e-salud o tecnología de la información de la salud (TI de la salud). Para conocer más sobre Hixny y sobre e-salud en el estado de Nueva York, lea el folleto "Información sobre su salud – Siempre a disposición de su médico". Puede pedirselo a **HOMETOWN HEALTH CENTERS** o ir al sitio web www.hixny.org. Por favor, lea detenidamente la información al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento. Puede completar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones.

DOY MI CONSENTIMIENTO a HOMETOWN HEALTH CENTERS para que acceda a TODA la información electrónica sobre mi salud a través de Hixny relacionada con la provisión de cualquier servicio de atención de la salud para mí, incluso cuidados de emergencia.

DENIEGO MI CONSENTIMIENTO a HOMETOWN HEALTH CENTERS a fin de que, bajo ninguna circunstancia, acceda a la información sobre mi salud a través de Hixny, *ni siquiera ante una emergencia médica.*

NOTA: A MENOS QUE MARQUE ESTA CASILLA, las leyes del estado de Nueva York permiten que las personas que le están brindando tratamiento en una emergencia accedan a sus registros médicos, incluso registros que están disponibles a través de Hixny.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal en letra de

Relación del representante legal

Detalles sobre la información del paciente en HIXNY y el proceso de consentimiento:

1. Cómo se usará su información. HOMETOWN HEALTH CENTERS utilizará la información electrónica sobre su salud **solamente** para:

- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados
- Controlar si tiene seguro médico y cuál es la cobertura
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes.

NOTA: la opción que elija en este Formulario de Consentimiento NO les permite a las aseguradoras médicas acceder a su información para decidir si le proveen seguro médico o si pagan sus facturas. Puede hacer esa elección en otro Formulario de Consentimiento por separado que deben usar las aseguradoras médicas.

2. Qué tipos de información sobre usted están incluidos. Si da su consentimiento, **HOMETOWN HEALTH CENTERS** podrá acceder a TODA la información electrónica sobre su salud disponible a través de Hixny. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Los registros sobre su salud pueden incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un fractura ósea), resultados de pruebas (como rayos X o análisis de sangre) y listas de medicamentos que haya tomado. Esta información puede estar relacionada con afecciones de salud sensibles, que incluyen, sin limitarse a estos ejemplos:

- Problemas con el uso de alcohol o drogas
- Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
- Enfermedades genéticas (hereditarias) o exámenes relacionados
- VIH/SIDA
- Enfermedades mentales
- Enfermedades de transmisión sexual

3. De dónde proviene la información sobre su salud. La información sobre usted proviene de lugares que le hayan proporcionado atención médica o seguro médico ("Fuentes de información"). Entre ellas, se incluyen hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras médicas, el programa Medicaid y otras organizaciones de e-salud que intercambian información de salud en forma electrónica. **HOMETOWN HEALTH CENTERS** contiene una lista completa de las Fuentes de información actuales. Puede obtener una lista actualizada de Fuentes de información en cualquier momento visitando el sitio web de Hixny: www.hixny.org.

4. Quién puede acceder a la información sobre usted si da su consentimiento. Sólo estas personas pueden acceder a la información sobre usted: médicos y otros proveedores de atención de la salud que integran el personal médico de **HOMETOWN HEALTH CENTERS** y que están relacionados con su cuidado médico; los proveedores de atención de la salud que están de guardia o suplantando a médicos de **HOMETOWN HEALTH CENTERS**; y miembros del personal que llevan a cabo actividades permitidas en este Formulario de Consentimiento, que se describen en el párrafo uno.

5. Sanciones por acceso o uso inadecuado de la información sobre su salud. Existen sanciones por acceso o uso inadecuado de la información electrónica sobre su salud. Si, en cualquier momento, sospecha que alguien que no debería haber visto o accedido a la información sobre usted ha hecho lo contrario, llame a **HOMETOWN HEALTH CENTERS** al: 518-370-1441; o llame a Hixny al (518) 640-0021; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al (877) 690-2211.

6. Divulgación posterior de la información. Cualquier información electrónica sobre mi salud podrá ser divulgada posteriormente por **HOMETOWN HEALTH CENTERS** a terceros sólo en la medida en que lo permitan las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto vale también para información sobre su salud que exista en formato de papel. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para algunos tipos de información sensible sobre salud, por ejemplo tratamiento contra VIH/SIDA y drogas y alcohol. Cada vez que alguien reciba este tipo de información sensible, se debe cumplir con los requisitos especiales de dichas leyes. Hixny y las personas que accedan a esta información a través de Hixny deben cumplir con estos requisitos.

7. Período de vigencia. Este Formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que retire su o de consentimiento hasta el momento en que Hixny deja de operación.

8. Retiro de su consentimiento. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario de retiro de consentimiento y entregándolo a **HOMETOWN HEALTH CENTERS**. También, puede cambiar las opciones del consentimiento firmando un nuevo Formulario de Consentimiento en cualquier momento. Puede conseguir estos formularios a través de cualquier proveedor de Hixny, del sitio web de Hixny en www.hixny.org, o llamando al (518) 640-0021. **Nota: las organizaciones que acceden a información sobre su salud a través de Hixny mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque posteriormente decida retirar su consentimiento, ellos no están obligados a devolver o eliminar su información de sus propios registros.**

9. Copia del Formulario. Tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de consentimiento después de firmarlo.

Poder de atención médica

Nombramiento de su agente de atención médica en el Estado de Nueva York

La New York Health Care Proxy Law le permite elegir a alguien en quien confía (por ejemplo, un miembro de la familia o un amigo cercano) para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas usted mismo. Al nombrar a un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que sus proveedores de atención médica cumplirán sus deseos. Su agente también decidirá sobre cómo aplicar sus deseos a medida que cambia su estado de salud. Los hospitales, los médicos y otros proveedores de atención médica deben respetar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted podría darle a la persona que elija para que sea su agente de atención médica el grado de autoridad que usted desee. Podría permitirle a su agente que tome todas las decisiones de atención médica o que solo tome determinadas decisiones. También podría darle instrucciones a su agente para que las siga. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones en relación a la donación de órganos o tejidos.

Acerca del formulario del Poder de atención médica

Este es un documento legal importante.

Antes de firmar, debe entender lo siguiente:

1. Este formulario concede a la persona que usted seleccione como su agente la autoridad de tomar todas sus decisiones de atención médica, incluida la decisión de retirar o proporcionar el tratamiento de soporte vital, salvo que usted lo indique de otra manera en este formulario. “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su condición física o mental.
2. A menos que su agente conozca de manera razonable sus deseos acerca del suministro de nutrición e hidratación artificial (alimentos y agua proporcionados por medio de una sonda o línea intravenosa), no estará autorizado para rechazar o autorizar este tratamiento en su caso.
3. Su agente empezará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no está en capacidad de hacerlo por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desearía o los tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones se pueden utilizar para limitar el poder de toma de decisiones del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones en su nombre.
5. Usted no necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede escoger a un adulto mayor de 18 años para que sea su agente, incluido un familiar o amigo cercano. Si usted selecciona a un médico como su agente, él/ella deberá escoger si actúa como agente o su médico tratante porque un médico no puede desempeñar las dos funciones al mismo tiempo. Asimismo, si usted es paciente o residente de un hospital, un hogar de ancianos o un centro de higiene mental, existen limitaciones especiales para nombrar a una persona que trabaje en el centro como su agente. Pida al personal del centro que le explique esas restricciones.
7. Antes de designar a alguien como su agente de atención médica, hable con la persona y asegúrese de que está dispuesta a hacerlo. Dígale a la persona que seleccione que será su agente de atención médica. Hable sobre sus deseos de atención médica y de este formulario con su agente. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su agente no podrá ser demandado por decisiones de atención médica de buena fe.
8. Si usted designó a su cónyuge como su agente de atención médica y luego se divorcian o se separan legalmente, su ex cónyuge no podrá seguir actuando como su agente ante la ley, salvo que usted lo indique de otra manera. Si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.
9. A pesar de haber firmado este formulario, usted tiene derecho a tomar sus decisiones de atención médica siempre que esté en capacidad de hacerlo, y no se le podrá iniciar ni suspender un tratamiento si usted se opone, y su agente no tendrá ningún poder para objetar sus decisiones.
10. Usted puede anular la autoridad que le otorgó a su agente informándole a él o a su proveedor de atención médica de forma verbal o por escrito.
11. La designación de un agente de atención médica es voluntaria. Nadie le puede obligar a designar a alguna persona.
12. Puede expresar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos.

Preguntas frecuentes

¿Por qué debo elegir a un agente atención médica?

Si usted ya no tiene la capacidad, incluso temporalmente, de tomar decisiones de atención médica, alguien debe tomar esas decisiones por usted. Los proveedores de atención médica con frecuencias buscan a los miembros de la familia para que los orienten. Los miembros de la familia podrían expresar lo que ellos piensan que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Nombrar a un agente le permite tener el control de su tratamiento médico al:

- permitir que su agente tome decisiones de atención médica en su nombre de la forma en que usted hubiera decidido;
- elegir a una persona para que tome decisiones médicas porque usted considera que esa persona tomaría las mejores decisiones;
- elegir a una persona para evitar conflictos o confusión entre los miembros de su familia o entre las personas importantes.

También puede nombrar a un agente alternativo para que sustituya a su primera elección si este no puede tomar decisiones en su nombre.

¿Quién puede ser un agente de atención médica?

Cualquier persona que tenga 18 años de edad o más puede ser un agente de atención médica. La persona que nombre como su agente o agente alternativo no pueden firmar como testigo en el formulario de Poder de atención médica.

¿Cómo puedo nombrar a un agente de atención médica?

Todos los adultos competentes, que tengan 18 años de edad o más, pueden nombrar a un agente mediante la firma de un formulario llamado Poder de atención médica. No se necesita un abogado o un notario, solamente dos testigos adultos. Su agente no podrá firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso aquí, pero no tiene que usar este formulario.

¿En qué momento podrá empezar mi agente de atención médica a tomar decisiones de atención médica en mi nombre?

Su agente de atención médica empezará a tomar decisiones de atención médica después de que su médico determine que usted no tiene la capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica. Siempre que tenga la capacidad de tomar sus decisiones de atención médica por sí mismo, tendrá el derecho de hacerlo.

¿Qué decisiones de atención médica podrá tomar mi agente de atención médica?

A menos que usted restrinja la autoridad del agente de atención médica, su agente podrá tomar cualquier decisión de atención médica que usted tomaría si tuviera la capacidad para decidir por sí mismo. Su agente puede estar de acuerdo en que usted reciba tratamiento, puede elegir entre varios tratamientos y decidir cuál tratamiento le deben aplicar, de acuerdo a sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente solo puede tomar decisiones en cuanto a nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua provista mediante una sonda de alimentación o por vía intravenosa) si conoce sus deseos acerca de lo que usted dijo o escribió. El formulario de Poder de atención médica no le otorga a su agente la autoridad para tomar decisiones que no sean de atención médica, como decisiones financieras.

¿Por qué debo nombrar a un agente de atención médica si soy joven y saludable?

Nombrar a un agente de atención médica es una buena idea incluso si no es anciano ni tiene una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en su nombre si usted es temporalmente incapaz de tomar decisiones de atención médica por su cuenta (como podría ocurrir si está bajo los efectos de anestesia general o si está en estado de coma debido a un accidente). Cuando vuelve a tener la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo, su agente de atención médica ya no estará autorizado para actuar.

Preguntas frecuentes, *continuación*

¿Cómo tomará las decisiones de atención médica mi agente de atención médica?

Su agente deberá cumplir sus deseos y deberá tener en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puede escribir instrucciones en el formulario de Poder de atención médica o simplemente hablarlo con su agente.

¿Cómo sabrá mi agente de atención médica cuáles son mis deseos?

Con una conversación franca y abierta sobre sus deseos con el agente de atención médica usted le dará mejores herramientas para atender sus intereses. Si su agente no conoce cuáles son sus deseos o sus creencias, el agente está obligado legalmente a actuar en su mejor interés. Debido a que esto es una gran responsabilidad para la persona que nombre como su agente de atención médica, debe hablar con esa persona acerca de los tipos de tratamiento que le gustaría o no le gustaría recibir en diferentes tipos de circunstancias, como:

- si le gustaría iniciar/continuar/retirar el soporte vital si está en coma permanente;
- si desea iniciar/continuar/retirar los tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si desea iniciar/retener o continuar con nutrición e hidratación artificial y bajo qué tipo de circunstancias.

¿Puede mi agente de atención médica actuar en contra de mis deseos o en contra de las instrucciones previas de tratamiento?

No. Su agente está obligado a tomar decisiones basadas en sus deseos. Si usted expresó claramente algún deseo en particular, o bien, otorgó instrucciones específicas para tratamiento, su agente tiene la responsabilidad de cumplir esos deseos o instrucciones a menos que tenga un motivo de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o que no aplican a las circunstancias.

¿Quién le prestará atención a mi agente?

Todos los hospitales, hogares de ancianos, médicos y otros proveedores de atención médica están

legalmente obligados a proporcionarle a su agente de atención médica la misma información que le daría a usted y a honrar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Si un hospital o un hogar de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como retirar cierto tratamiento) ellos deberán indicárselo a usted o a su agente ANTES o al momento de la admisión, si es razonablemente posible.

¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deban tomar las decisiones?

Usted podrá nombrar a un agente alterno para que tome decisiones en su nombre si el agente de atención médica no está disponible, no es capaz o no desea actuar cuando se deban tomar decisiones. De lo contrario, los proveedores de atención médica tomarán las decisiones de atención médica por usted, de acuerdo a las instrucciones que le dio mientras aún era capaz de hacerlo. Cualquier instrucción que usted haya indicado por escrito en su Poder de atención médica servirá de guía a los proveedores de atención médica en estas circunstancias.

¿Qué sucede si cambio de parecer?

Es fácil cancelar un Poder de atención médica, cambiar a la persona que eligió como su agente de atención médica o cambiar cualquier instrucción o restricción que haya incluido en el formulario. Simplemente llene un nuevo formulario. Además, puede indicar que su Poder de atención médica expira en una fecha determinada o si ocurre determinado evento. De lo contrario, el Poder de atención médica tendrá validez permanente. Si elige a su cónyuge como su agente de atención médica o como el agente alternativo y usted se divorcia o se separa legalmente, el nombramiento automáticamente queda cancelado. Sin embargo, si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.

Preguntas frecuentes, *continuación*

¿Puede mi agente de atención médica ser legalmente responsable por las decisiones que tomé en mi nombre?

No. Su agente de atención médica no podrá ser responsable por las decisiones de atención médica tomadas en su nombre, de buena fe. Además, no será responsable de los costos de su atención, solo porque es su agente.

¿Es lo mismo el poder de atención médica que el testamento en vida?

No. Un documento de instrucciones anticipadas es aquel que proporciona instrucciones específicas sobre decisiones de atención médica. Puede colocar dichas instrucciones en el formulario de Poder de atención médica. El Poder de atención médica le permite elegir a una persona en quien confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre. A diferencia de un testamento en vida, un poder de atención médica no exige usted conozca con anticipación todas las decisiones que podrían surgir. En su lugar, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambian, y puede tomar decisiones que este no podría haber sabido que tendría que tomar.

¿En dónde debo mantener mi formulario de poder de atención médica después de que lo firme?

Dele una copia a su agente, una a su médico, una a su abogado y otra a cualquier miembro de la familia o amigos cercanos a quienes desee darla. Mantenga una copia en su billetera o en su bolso o con otros documentos importantes, pero no en un lugar en donde nadie pueda tener acceso, como una caja e seguridad. Lleve una copia si va a ser admitido en el hospital, incluso para una cirugía menor, o si va a someterse a una cirugía como paciente ambulatorio.

¿Podría usar el formulario de poder de atención médica para expresar mis deseos sobre donación de órganos o tejidos?

Sí. Utilice la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de poder de atención médica y asegúrese de que haya dos testigos para esta sección. Podrá especificar qué órganos y tejidos se usarán para trasplante, investigación o fines educativos. Cualquier limitación asociada con sus deseos deberá anotarse en esta sección del poder. **Si incumple con incluir sus deseos e instrucciones en el poder de atención médica no se interpretará como que usted no desea ser un donador de órganos o tejidos.**

¿Puede mi agente de atención médica tomar decisiones en mi nombre sobre donación de órganos o tejidos?

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su agente de atención médica está autorizado para tomar decisiones después de su fallecimiento, pero solamente en lo concerniente a donación de órganos o tejidos. Su agente de atención médica podrá tomar dichas decisiones según lo establecido en el formulario de poder de atención médica.

¿Quiénes pueden dar consentimiento para una donación si yo elijo no indicar cuáles son mis deseos en este momento?

Es importante informar a su agente de atención médica sobre sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos, a la persona nombrada como su agente después del fallecimiento, si se nombró alguno y a los miembros de su familia. Las leyes de Nueva York proporcionan una lista de personas que están autorizadas a dar consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están enumerados en orden de prioridad: su agente de atención médica, el agente de la persona fallecida, su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica, un hijo o una hija mayor de 18 años, alguno de sus padres, un hermano o hermana mayor de 18 años, un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante.

Instrucciones del formulario para el poder de atención médica

Ítem (1)

Escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien designa como su agente.

Ítem (2)

Si desea designar a un agente alternativo, escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien selecciona como su agente alternativo.

Ítem (3)

Su poder de atención médica continuará siendo válido por tiempo indefinido, salvo que usted establezca una fecha de vencimiento o condiciones para su expiración. Esta sección es opcional y únicamente se deberá llenar si desea que su poder de atención médica expire.

Ítem (4)

Si tiene instrucciones especiales para su agente, escríbalas aquí. Asimismo, si desea limitar la autoridad de su agente de alguna manera, puede expresarlo aquí o hablar con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, su agente estará autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica que usted debería haber tomado, incluida la decisión de autorizar o prohibir el tratamiento de soporte vital.

Si desea conceder autoridad plena a su agente, puede hacerlo directamente en el formulario. Escriba: *Hablé acerca de mis deseos con mi agente de atención médica y mi agente alternativo, de modo que ellos conocen mis deseos incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.*

Si desea impartir instrucciones más específicas, podría decir:

Si llego a padecer una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento...

Si me encuentro en estado de coma o si mi capacidad de comprensión y conciencia es casi nula, sin esperanza de recuperación, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tipos de tratamiento...

Si sufro daño cerebral o padezco una enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas ni hablar, y no haya esperanza de que mi condición mejore, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tratamientos...

Hablé con mi agente acerca de mis deseos en relación con _____ y deseo que mi agente tome todas las decisiones acerca de estas medidas.

A continuación presentamos una lista de los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales posiblemente desee dar instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- hidratación y alimentación artificial (alimento y agua proporcionados mediante una sonda de alimentación)
- reanimación cardiopulmonar (CPR)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

Ítem (5)

Debe fechar y firmar este formulario de Poder de atención médica. Si no puede hacerlo por usted mismo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

Ítem (6)

Puede indicar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos. Las leyes de Nueva York designan a ciertas personas en orden de prioridad para dar el consentimiento sobre la donación de órganos y/o tejidos en su nombre: su agente de atención médica, el agente de la persona fallecida, su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica, un hijo o una hija mayor de 18 años, alguno de sus padres, un hermano o hermana mayor de 18 años, un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante.

Ítem (7)

Dos testigos mayores de 18 años deben firmar este formulario de Poder de atención médica. La persona designada como su agente o agente alternativo no pueden firmar como testigos.

Poder de atención médica

(1) Yo, _____
por este medio nombro a _____
(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) Opcional: Agente alternativo

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por medio del presente

nombro a _____
(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera.

(3) Salvo que yo lo revoque o establezca una fecha de vencimiento o circunstancias bajo las cuales expirará, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. *(Opcional: Si desea que este poder venza, indique aquí la fecha o las condiciones).* Este poder vencerá *(especifique la fecha o las condiciones):* _____

(4) Opcional: Ordeno a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. *(Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones).* Ordeno a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones *(adjunte páginas adicionales si es necesario):* _____

Para que su agente tome decisiones de atención médica por usted acerca de alimentación e hidratación artificiales *(alimentos y agua suministrados por medio de sonda y vía intravenosa)*, su agente debe conocer sus deseos de manera razonable. Puede indicar sus deseos a su agente o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones acerca del lenguaje modelo que podría utilizar si decide indicar sus deseos en este formulario, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.

(5) Su identificación *(en letra de molde)*

Su nombre _____

Su firma _____ Fecha _____

Su dirección _____

(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos

Por medio del presente, realizo una donación anatómica, que se ejecutará en el momento de mi fallecimiento, de:

(marque la opción que corresponda)

Cualquier órgano y/o tejido que se necesite

Los siguientes órganos y/o tejidos _____

Limitaciones _____

Si usted no indica sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se entenderá que usted no desea realizar una donación o que prohíbe a la persona, que de otra manera está autorizada por ley, para que otorgue el consentimiento de una donación en su nombre.

Su firma _____ Fecha _____

(7) Declaración de testigos *(Los testigos deben tener mínimo 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece tener lucidez mental y actuar por libre voluntad propia. Él o ella firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

Fecha _____ Fecha _____

Nombre del primer testigo *(en letra de molde)* _____ Nombre del segundo testigo *(en letra de molde)* _____

Firma _____ Firma _____

Dirección _____ Dirección _____



Hometown Health Centers

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD, Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACION.

REVÍSELA CON CUIDADO.

Gracias por elegir a Hometown Health Centers (HHC) para sus necesidades de salud. Es nuestro privilegio tener su confianza y es nuestro compromiso proteger la información personal que usted nos proporciona/ha proporcionado. Esta notificación explicará nuestra póliza de coleccionar, tratar, usar y proteger información personal identificable del paciente como requiere la Ley de Responsabilidad de Seguros Médicos y Portabilidad de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA").

I. USO Y DIVULGACIÓN PERMITIDA DE INFORMACIÓN DE SALUD

TRATAMIENTO, PAGO, OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Debe saber que durante el transcurso de nuestra relación con usted, es probable que usaremos y divulgaremos información de salud suya para tratamiento, pago, y operaciones de atención médica. Ejemplos de estas actividades son los siguientes:

Tratamiento: Se puede divulgar su información de salud confidencial a otros profesionales de salud con el propósito de proporcionarle con cuidado de calidad.

Pago: Se puede divulgar su información de salud confidencial a su plan de seguro médico para que el centro de salud reciba el pago por sus servicios necesarios.

Operaciones de Atención Médica: Se puede divulgar su información de salud confidencial en relación a nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejora, nuestra revisión de las capacidades o calificaciones de nuestros profesionales de salud, la evaluación de los servicios de nuestros profesionales y proveedores, y otras operaciones del funcionamiento de HHC.

AUTORIZACIONES: Nos puede dar la autorización específica para usar su información de salud para cualquier propósito o divulgar su información a cualquier persona. Haremos lo mencionado al recibir una autorización escrita de usted especificando que podemos usar o divulgar su información de salud en acuerdo con aquella autorización. Puede cancelar tal autorización en cualquier momento al notificarnos por escrito. Esta cancelación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización mientras estaba en vigor. A menos que nos dé una autorización escrita, no usaremos ni divulgaremos su información de salud para cualquier razón a parte de los permitidos por esta notificación o de otra forma en acuerdo con la ley.

DIVULGACIÓN A FAMILIARES Y REPRESENTANTES PERSONALES: Tenemos que divulgar nuestra información de salud a usted en la forma descrita abajo en la sección de Derechos del Paciente de esta Notificación. Note que se divulgará tal información a cualquier de sus representantes personales (padre/madre, hijo/a, esposo/a, etc.) apropiadamente autorizada por usted para proporcionarle(s) con acceso y/o control de su información de salud. En ciertas circunstancias, incluyendo cuidado de emergencia, podemos divulgar su ubicación y condición general a un miembro de su familia, otro pariente, amigo cercano, o cualquier otra persona que identifique usted. También podemos divulgar su información de salud relacionada con la participación de tal persona en su cuidado o con el pago de su cuidado.

MARKETING: Nunca usaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su permiso escrito. No venderemos su información de salud a nadie.

USOS O DIVULGACIONES REQUERIDAS POR LA LEY: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando estemos requeridos a hacerlo por la ley, incluyendo por razones de la salud pública (ej. reportes de enfermedades). En algunos casos, y de acuerdo con la ley aplicable, podríamos ser obligados a divulgar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o la posible víctima de otros crimines.

PROTECCIÓN DEL PACIENTE Y TERCEROS: Solamente de acuerdo con la ley, podemos divulgar su información de salud para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otras personas.

CUMPLIMIENTO DE LA LEY / SEGURIDAD NACIONAL: Podemos divulgar su información de salud para responder a una citación correctamente proporcionada, procesos judiciales y preguntas del cumplimiento de la ley de acuerdo con la ley. En ciertas circunstancias podemos divulgar su información de salud relacionada con miembros de las Fuerzas Armadas, a autoridades militares u oficiales federales autorizados si se requiere tal información por servicios de inteligencia permitidos por la ley, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional. En ciertas circunstancias también podemos divulgar información de salud relacionada con presos o pacientes de centros penitenciarios o al personal de cumplimiento de la ley que tiene custodia legal de estos individuos.

RECORDATORIOS DE VISITA: Podemos usar o divulgar su información de salud para recordarle de una visita pendiente (ej. por mensajes de voz, tarjeta postal o carta).

ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS ("FDA"): Podemos divulgar a la FDA información de salud relacionada con eventos desfavorables con respecto a alimentación, suplementos, productos y defectos de productos o información relacionada con el marketing del producto para facilitar la retirada de productos, reparaciones o reemplazo.

COMPENSACIÓN OBRERA: Podemos divulgar información de salud hasta el punto autorizado por la ley con relación a la compensación obrera o a otros programas parecidos establecidos por la ley.

RECAUDACIÓN DE FONDOS: Puede que el centro de salud contacte con usted por motivos de recaudación de fondos para apoyar sus operaciones. Tendrá la oportunidad de optar por no recibir futuras comunicaciones de reducciones de fondos.

ASOCIADOS DE NEGOCIO: Hay algunos servicios proporcionados en HHC a través de contratos con nuestros asociados de negocio. Ejemplos incluyen servicios de proveedores contratados en departamentos especializados y pruebas laboratorios. Cuando contratamos estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros asociados de negocio para que puedan hacer el trabajo contratado y facturarle a usted o a su compañía de seguro por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información, requerimos que el asociado de negocio proteja apropiadamente su información.

II. DERECHOS DEL PACIENTE:

ACCESO A SU HISTORIAL MÉDICO: Al entregarnos una solicitud escrita, usted tiene el derecho de revisar o recibir copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso al usar la información de contacto incluida al final de esta notificación. Si solicita copias le cobraremos un cargo razonable por las copias. Si solicita que mandemos su historial por correo, le podemos cobrar el gasto de envío. Si prefiere, prepararemos un resumen de su información de salud con un gasto administrativo por su parte. Contacte con nosotros con la información incluida al final de esta notificación si le interesa recibir un resumen de su información en vez de copias.

Puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopia, y proveeremos historiales en tal formato si se puede conseguir fácilmente. Si solicita historiales en un formato alternativo, le cobraremos un cargo razonable por proporcionar su información de salud en tal formato.

INFORME DE CIERTAS DIVULGACIONES: A su petición, tiene el derecho de recibir una lista de las instancias en que nosotros o uno de nuestros asociados de negocio divulgó su información de salud por motivos aparte del tratamiento, pago, operaciones de atención médica, otras actividades autorizadas por usted durante los últimos seis (6) años, después del 14 de abril, 2003. Si solicita este informe más que una vez dentro de un período de doce (12)-meses, le podemos cobrar un cargo razonable por responder a estas solicitudes adicionales.

RESTRICCIONES Y COMUNICACIONES ALTERNATIVAS: Tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información de salud por motivos de tratamiento, pago, y operaciones de atención médica. Depende de las circunstancias de su solicitud podemos, o no, aceptar estas restricciones. Si aceptamos sus restricciones solicitadas, tenemos que honrarlas excepto en casos de tratamiento de emergencia. Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otra ubicación (ej. a su trabajo en vez de su casa). Se tiene que escribir tales solicitudes, especificar los otros medios o la ubicación y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se gestionará los pagos bajo los otros medios o la ubicación que solicita.

CORRECCIONES A LOS HISTORIALES: Nos esforzamos a mantener su información de salud completa, correcta, y actual. Si cree que nuestra información es incompleta o incorrecta, tiene el derecho de solicitar que cambiemos su información de salud. Tales solicitudes deben reclamarse por escrito y justificar el motivo por el cual se debe cambiar la información. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si usted quiere hacer un cambio, por favor contacte con nuestro Gerente de Información de Salud al (518) 370-1441.

III. PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN:

Mantenemos la seguridad de su información personal a través de una combinación de medios físicos, electrónicos, y procedimientos al igual que acuerdos contractuales. A través de procedimientos y niveles de seguridad, limitamos acceso a su información de paciente a solamente los empleados y otros que necesitan usarlo para proporcionarle con cuidado adecuado y apropiado.

IV. FECHA DE VIGENCIA Y CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN:

Estamos obligados a proporcionarle esta notificación y a seguir las prácticas de privacidad descritas arriba mientras esté en vigor esta notificación. Esta notificación entra en vigor desde el 14 de abril de 2003, y quedará en vigor hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación y las prácticas de privacidad descritas en cualquier momento con acuerdo con la ley aplicable. Antes de hacer cambios significantes a nuestras prácticas de privacidad, alteraremos esta notificación para reflejar los cambios y hacer la notificación revisada disponible para usted a su petición. Cualquier cambio que hagamos a nuestras prácticas de privacidad y/o esta notificación podría aplicar a su información de salud creada o recibida por nosotros antes de la fecha de los cambios.

V. PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Si quiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contacte con nosotros.

Si esta preocupado/a que hayamos violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomáramos o cualquier decisión que tomemos en relación al uso, divulgación, o acceso a su información de salud, se nos puede presentar una hoja de reclamación usando la información de contacto proporcionada debajo de este párrafo. Usted también puede entregar una hoja de reclamación escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proveeremos con la dirección para presentar tal reclamación a su petición.

Apoyamos su derecho de la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de cualquier forma si usted decide presentar una reclamación a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Para preguntas o reclamaciones, por favor diríjase a:

Privacy Officer (Oficial de Privacidad)
1044 State Street
Schenectady NY, 12307
Teléfono: (518) 370-1441
Fax: (518) 395-9431

Hometown
Health
Centers

