



## **Paquete de bienvenida de Acceso al Consumidor**

Gracias por elegir AdventHealth para sus necesidades de atención médica. Este paquete digital incluirá copias de los formularios relacionados con su registro. Utilice estos formularios como referencia durante el proceso de firma.

### **Incluido en este paquete:**

Consentimiento de admisión y tratamiento

Aviso de prácticas de privacidad del paciente

Declaración de Derechos del Paciente

Aviso de divulgación modelo de la Ley sin sorpresas

Instrucciones por anticipado

Promesa de equidad en salud

Comprensión de su costo en la sala de emergencias

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## **ACUERDO DE TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE ADVENTHEALTH**

AdventHealth opera centros incluso, entre otros, hospitales, centros de atención ambulatoria, grupos médicos y centros de Centra Care (en este documento denominados en conjunto, "AdventHealth") en muchos estados. Muchos de estos centros son entidades legales independientes. Puede solicitarnos una lista de las entidades de AdventHealth. Este Acuerdo de tratamiento y consentimiento de AdventHealth (el "Acuerdo") puede firmarse una vez al año para proporcionar consentimiento para el tratamiento en todos los centros de AdventHealth, salvo que usted nos indique que quiere que firmemos un nuevo formulario en su cita o que actualicemos este formulario. Este Acuerdo debe ser firmado por el Paciente o el Representante Legal del Paciente que actúa en nombre del Paciente (por ejemplo, uno de los padres que firma por su hijo menor). Todas las instancias de "yo", "mi", "mío(s)/mía(s)", "usted", "su(s)" y "suyo(s)/suya(s)" se refieren al paciente.

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:**

1. **Servicios.** Doy mi consentimiento para recibir procedimientos de diagnóstico y tratamiento, exámenes y pruebas de laboratorio o admisión para la internación, así como prescripción de medicamentos u otros servicios (los "Servicios") necesarios para mi tratamiento durante mi admisión o tratamiento en AdventHealth que sean prestados por médicos y otros profesionales médicos (los "Médicos"), residentes, estudiantes, redes integradas de médicos, redes de planes de salud y empleados, contratistas y personal de AdventHealth (en conjunto, los "Proveedores de atención"). Entiendo que se me informará sobre mi tratamiento y tendré la posibilidad de hacer preguntas sobre los riesgos, las opciones y los resultados esperados del tratamiento antes de permitir que se lleve a cabo. Reconozco que no se hicieron promesas con respecto a los resultados de ningún tratamiento.
2. **Fotografía.** Doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías, se me monitorice por video o se realicen grabaciones de audio de mí para la verificación de mi identidad y/o mi tratamiento.
3. **Consultas por vídeo.** Si deseo programar una Videoconsulta o si mi Médico considera que una Videoconsulta funcionará mejor para mi atención, doy mi consentimiento para ser tratado a través de comunicaciones electrónicas en línea que me conectarán con mi Médico o Proveedor de atención en otra ubicación. Comprendo que durante una Videoconsulta existe el riesgo de que se produzcan fallos técnicos fuera del control de AdventHealth que podrían dificultar la correcta visualización de las imágenes, o hacer que mi historial médico se vea afectado o no sea accesible, o retrasar mi tratamiento. También entiendo que una Videoconsulta puede ser más eficiente y me permite quedarme en casa para el tratamiento o ser tratado por un especialista que se encuentre lejos. Entiendo que otras personas pueden estar presentes durante la Videoconsulta.
4. **Contratistas independientes.** Entiendo que, en muchas instancias, los Médicos y Proveedores de atención que me proporcionan tratamiento en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, servicio de urgencias independiente o centro de atención urgente no son empleados ni agentes de AdventHealth. Entiendo que dichos contratistas independientes pueden, según lo permita la ley, cobrarme por su cuenta por los Servicios que prestan. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones. AdventHealth no es responsable de los Servicios que estos contratistas independientes me proporcionan. AdventHealth no paga por ningún error o equivocación u omisión de ninguno de estos contratistas independientes.

5. Derechos del paciente. Entiendo que en cumplimiento de la ley me ofrecerán una copia de la información de los Derechos y responsabilidades del paciente de AdventHealth.

6. Instrucciones por Anticipado. Pude informar a AdventHealth sobre mis preferencias actuales en cuanto a las Instrucciones por Anticipado al completar un nuevo formulario o al entregar una copia de mis Instrucciones por Anticipado anteriores. Los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth no tienen la obligación de cumplir con Instrucciones por Anticipado que desconocen. Seleccione las opciones que correspondan según su caso:

- ☐ Soy menor de 18 años y no tengo Instrucciones por Anticipado.
- ☐ Tengo Instrucciones por Anticipado y le di una copia a AdventHealth.
- ☐ Tengo Instrucciones por Anticipado, pero no le di una copia a AdventHealth. Entiendo que debo entregar una copia a AdventHealth.
- ☐ No tengo Instrucciones por Anticipado.
- ☐ Me gustaría recibir información sobre las Instrucciones por Anticipado.

7. Representante legal: Pude informar a AdventHealth sobre mi preferencia actual para mi Representante Legal al darle una copia de mis documentos legales que detallan mi decisión. Los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth no tienen la obligación de involucrar a mi Representante Legal en mi tratamiento si no saben quién es o si hay cambios en esta delegación que desconocen. Entiendo que soy responsable de informar a AdventHealth, los Médicos y los Proveedores de atención cuando cambie a mi Representante Legal o cuando terminen las facultades del Representante Legal.

8. Pertenencias/objetos personales de valor. Cuando corresponda, entregaré mis pertenencias y objetos personales de valor a AdventHealth para que se guarden en un lugar seguro si quiero asegurarme de que mis pertenencias y objetos personales de valor estén resguardados. AdventHealth no será responsable en ningún caso por la pérdida o daño de bienes personales u objetos de valor que superen los \$100. Libero a AdventHealth de toda responsabilidad por cualquier bien personal u objeto de valor que no se entregue a AdventHealth para su custodia.

### **CONSENTIMIENTO PARA EL PAGO:**

1. Pago. Yo debo pagar (o donde la ley lo permita mi representante legal que firma este Acuerdo en mi nombre debe pagar) en efectivo, con cheque, con tarjeta de crédito o a través del seguro por los Servicios recibidos durante mi tratamiento de hoy y todos los Servicios relacionados que en el futuro los Médicos, los Proveedores de atención y AdventHealth me proporcionen, incluidos los copagos (la "Cuenta"). Entiendo que no se me otorgará ningún crédito y que la Cuenta se adeuda y debe pagarse de inmediato. **Si no puedo pagar mi Cuenta en su totalidad a su vencimiento, la Oficina de Servicios Financieros de AdventHealth determinará si califico para recibir asistencia financiera.** Si no pago todos mis Servicios y AdventHealth transfiere mi Cuenta a un abogado o agencia de cobranza, acepto pagar los honorarios de los abogados y los gastos de cobranza que pueden ascender hasta el 25% del monto adeudado, según lo permita la ley.

PARA LOS CENTROS DE ADVENTHEALTH EN COLORADO: Entiendo que, si estoy recibiendo tratamiento en Colorado, hay ciertas circunstancias en las que está prohibida la facturación de saldos (cuando un proveedor fuera de la red le factura la diferencia entre el cargo facturado y la cantidad que paga su seguro médico o plan). La facturación de saldos está prohibida según algunas leyes estatales y federales cuando una persona cubierta recibe:

- Servicios de urgencia;

- Servicios que no sean de urgencia prestados por un proveedor fuera de la red (como un anestesiólogo o un radiólogo) en un centro dentro de la red, como un hospital;
- Servicios de urgencia de un proveedor privado de ambulancias terrestres (no de un cuerpo de bomberos ni de una entidad gubernamental); y
- Servicios de un proveedor de ambulancias aéreas fuera de la red.

En estas circunstancias, algunas leyes estatales y federales prohíben que los proveedores me envíen una factura de saldo sorpresa, y no se me puede cobrar más que el coste compartido dentro de la red por estos servicios. Reconozco que he recibido información sobre las facturas de saldo.

También entiendo que no hay garantía de reembolso o pago de ninguna compañía de seguros u otro pagador. Entiendo que este Acuerdo es un contrato y que me obliga a pagar todos los cargos por mi tratamiento que no sean pagados por mi aseguradora o cualquier otra fuente pagadora, a menos que esté específicamente prohibido por la ley aplicable. Comprendo que el Hospital ha predeterminado los cargos de ciertos procedimientos, suministros y tratamientos, que dichos cargos figuran en el Chargemaster del Hospital, y que estos precios se incorporan por referencia al presente Acuerdo. Reconozco que puede que no sea posible establecer de antemano qué suministros y servicios específicos formarán parte de mi tratamiento. Reconozco que tengo derecho a solicitar una estimación de los cargos medios del centro por los tratamientos que se realizan con frecuencia en régimen de hospitalización, ambulatorio o quirúrgico. Si recibo una estimación de los cargos, reconozco que el Hospital actúa de buena fe al proporcionar dicha estimación. Reconozco que cualquier estimación no es vinculante y que los cargos que estoy personalmente obligado a pagar pueden ser superiores al cargo estimado para mi tratamiento específico. Reconozco que este Acuerdo significa que yo personalmente tengo plena responsabilidad financiera por, y acepto pagar, todos los cargos del Hospital y de los médicos que presten servicios no pagados de otro modo por mi seguro de salud u otro pagador sobre la base de las tarifas Chargemaster predeterminadas del Hospital, a menos que la ley aplicable lo prohíba específicamente.

Por la presente reconozco y acepto que el Hospital no ha hecho ninguna declaración implícita sobre los cargos que estoy obligado a pagar personalmente. Entiendo que los cargos que se me cobrarán por mi tratamiento son tarifas predeterminadas basadas en el Chargemaster vigente en el momento de mi tratamiento. He acordado pagar las tarifas Chargemaster del Hospital por el tratamiento que reciba.

2. Pagos con tarjeta de crédito. Si pago los Servicios con mi tarjeta de crédito, certifico que soy el titular de la tarjeta de crédito y autorizo el pago de los Servicios.

3. Pagos de seguro y asignación de beneficios. Si tengo derecho a los beneficios otorgados por: (i) el programa Medicare, el programa Medicaid, otros tipos de seguro del gobierno (el "Programa"); (ii) planes de beneficios para la salud bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados ("ERISA"); (iii) cualquier póliza de seguro u otro plan de beneficios de salud (que me cubran a mí o a cualquier persona con responsabilidad legal sobre mí) o de cualquier otra fuente (el "Plan de beneficios"), incluso como resultado de lesiones sufridas por mí, que se consideraron para la admisión en AdventHealth y/o por los Servicios que me brindan los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth, incluidos los contratistas independientes, yo asigno, transmito y transfiero irrevocablemente los beneficios del Programa y del Plan de beneficios pagaderos y todos los derechos, títulos e intereses sobre dichos beneficios, compensación o pago recibidos o que se recibirán por los Servicios que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth me brindaron (en conjunto, los "Beneficios") a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth y sus cesionarios. Autorizo irrevocablemente que el pago de mis Beneficios directamente a AdventHealth, Médicos, Proveedores de Atención y sus cesionarios, se aplique a mi Cuenta. Entiendo que al asignar el pago de mis Beneficios no me eximirá de las obligaciones de pagar a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth y a sus cesionarios los cargos que no están cubiertos por esta asignación. Si no se permite la asignación o el pago directo, acepto indicar a mi Plan de beneficios que extienda cheques o giros conjuntamente pagaderos a (i) el beneficiario o la persona cubierta y (ii) a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth, o sus cesionarios, y que me envíe a mí los pagos dirigidos a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth, o sus cesionarios. También

autorizo a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth a solicitar el pago total de los cargos de cualquier tercero que me cause una lesión u otros que puedan estar obligados a pagar por mi atención y sus aseguradoras, incluso si un pagador de atención administrada paga los Beneficios en mi nombre. Acepto pagar la diferencia entre el monto que paga mi seguro y los cargos de los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth (según lo limite la ley o el contrato), excepto cuando Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth tengan un contrato con un Plan de beneficios que no les permita cobrarme esa diferencia o cobrársela al suscriptor.

Si mi Plan de beneficios incluye un plan con autofinanciamiento/seguro de conformidad con la ley ERISA u otro tipo de Plan de beneficios, para ayudarme a obtener mis Beneficios: Autorizo y nombro irrevocablemente a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth o sus cesionarios a que sean mis representantes y apoderados, cuando los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth o sus cesionarios demuestren su consentimiento por escrito de tomar todas las medidas necesarias para recibir el pago, apelar cualquier determinación adversa de beneficios o solicitar cualquier reconsideración, y recibir avisos en mi nombre para este fin. Cumpliré con los procedimientos establecidos por la ley ERISA o mi Plan de beneficios en relación con esta autorización, si correspondiera.

4. Declaración de honestidad y cooperación. Prometo que la información de (i) mis fuentes de pago y cobertura de seguro, y de (ii) todas las solicitudes de seguros que haya completado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar la información de mi seguro o asistencia financiera de manera oportuna. Acepto pagar todos los cargos que podrían haberse presentado si no se cumplen los plazos debido a mi falta de honestidad o cooperación.

5. Consentimiento para obtener el informe del consumidor. Autorizo a los Médicos, Proveedores de atención y a AdventHealth, o sus cesionarios, a obtener informes del consumidor sobre mí, de una o más agencias de informes del consumidor para ayudar a AdventHealth, los Médicos y Proveedores de atención, o sus cesionarios, con sus actividades comerciales relacionadas con la facturación, el cobro, la institución de acuerdos de pago y/o la determinación de la elegibilidad para la atención no compensada y/o los programas gubernamentales para Servicios pasados, actuales o futuros en el hospital o centro de atención ambulatoria (ya sea que dicho Servicio haya implicado, pueda implicar o vaya a implicar una extensión de crédito) o para resolver cualquier saldo de Cuenta pendiente. Entiendo que AdventHealth, los Médicos, Proveedores de atención o sus cesionarios, pueden obtener informes del consumidor sobre mí para Servicios en el hospital o centro de atención ambulatoria sin mi permiso escrito en algunas circunstancias, según lo permita la ley. No se obtendrán informes del consumidor para los Servicios prestados en las instalaciones de AdventHealth Medical Group o Centra Care.

6. Salvos de crédito. Doy permiso para aplicar cualquier saldo de crédito para pagar los montos adeudados a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth por cuentas corrientes o cuentas que aún no he pagado.

7. Facturas de laboratorio del hospital. Las pruebas de fluidos/muestras en el laboratorio de AdventHealth en el hospital se realizan bajo la supervisión de un médico (es decir, un patólogo) que puede no realizar la prueba o revisar los resultados, pero que supervisa y monitorea el informe de los resultados de las pruebas dirigido a los médicos que las solicitan. Según lo permitido por la ley, AUTORIZO QUE LOS SERVICIOS DE SUPERVISIÓN DEL MÉDICO/PATÓLOGO SE PAGUEN CON MIS BENEFICIOS. Entiendo que no se me facturará por estos servicios de supervisión en el laboratorio de AdventHealth si mis Beneficios no permiten el reembolso.

### **CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD:**

Doy mi consentimiento para que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth divulguen la siguiente información según lo permitido por la ley y la siguiente descripción:

a. ¿Qué tipo de información de salud?: Mi nombre, dirección, información de contacto, información financiera, diagnósticos, información sobre tratamientos, la cual incluye DATOS ALTAMENTE

CONFIDENCIALES SOBRE ABUSO DE SUSTANCIAS, SALUD MENTAL Y VIH/SIDA, ASÍ COMO LA INFORMACIÓN QUE EN EL AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ADVENTHEALTH SE CALIFICA COMO SUJETA A LEYES ESTATALES ESPECIALES, y cualquier otra información que sea parte de mi expediente médico con AdventHealth.

b. ¿Para qué fines?: Tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y como se describe en más detalle en el aviso conjunto de prácticas de privacidad de AdventHealth.

c. ¿A quién?:

- A cualquier persona o entidad responsable de (i) pagar (o determinar si soy elegible para pagar) por mi tratamiento o asignar mis Beneficios, y (ii) sus operaciones de atención médica.
- A Médicos o Proveedores de atención o mi médico que hace las derivaciones y cualquier profesional de atención médica, hogar de ancianos, centro de atención médica, servicio de ambulancia, agencia de salud en el hogar, hospicio, agencia gubernamental o privada que pueda proporcionarme servicios médicos, de salud mental, de rehabilitación, sociales o relacionados durante una visita, o durante o después de mi alta o traslado de un centro de AdventHealth.
- A Médicos que no me han tratado en AdventHealth pero que tienen mi permiso por escrito para acceder a mi información de salud.
- A socios comerciales (y sus agentes y proveedores utilizados para prestar los servicios) de AdventHealth, Médicos o Proveedores de Atención que brindan servicios de soporte administrativo, operativo, financiero, de facturación y cobro, legal y técnico.
- A los afiliados de AdventHealth, que son otras entidades cuyos propietarios o administradores son AdventHealth u otros médicos son parte de redes integradas de médicos o planes.
- A la fundación institucional de AdventHealth para fines de recaudación de fondos, pero solo cuando yo hubiera recibido tratamiento en el hospital, y, en tal caso, solo mi nombre, dirección, información de contacto, edad, sexo, fechas de los servicios, estado del seguro de salud, departamento donde se me prestaron los servicios en el hospital, médico(s) tratante(s) e información de resultados.
- A receptores que tienen obligación o autorización legal para acceder a mi información de salud.

d. ¿Cómo se divulgará?: Entrega en mano, por correo y de manera electrónica como, entre otros, correo electrónico, fax y a través de las redes de intercambio de información de salud. Las redes de intercambio de información de salud son entidades que almacenan y/o transfieren información de salud electrónicamente entre proveedores para el tratamiento de pacientes. Este consentimiento significa que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth pueden acceder a mi información de salud a través de redes de intercambio de información de salud, y divulgarla a otros proveedores de atención médica a través de redes de información de salud. Entiendo que mi información altamente confidencial será parte de la información de salud divulgada o puesta a disposición.

e. ¿Puedo cancelar la divulgación de mi información de salud?: Revise la notificación conjunta de prácticas de privacidad de AdventHealth y solicite a AdventHealth el formulario *Request to Restrict Use and Disclosure of Protected Health Information* (Solicitud de restricción de uso y divulgación de información de salud protegida).

\_\_\_\_\_ (Sus iniciales) Doy mi consentimiento para que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth usen, divulguen y accedan a mi información de salud según lo descrito antes y lo permitido por la ley.

### **CONSENTIMIENTO PARA CONTACTO:**

Al firmar este Acuerdo, entiendo que doy mi permiso a AdventHealth, Médicos y Proveedores de atención, y sus cesionarios, agentes y contratistas independientes, para que me llamen y me envíen mensajes (por ejemplo, mensajes de texto, correos electrónicos, mensajes por chat, etc.) en cualquier momento, a cualquier número de teléfono que proporcione, incluyendo cualquier número celular o inalámbrico del que sea usuario o suscriptor

actual o posteriormente, que sea proporcionado por mí o dado a AdventHealth por un tercero que ayude a AdventHealth a cobrar mi deuda, mediante el uso de un sistema de marcado telefónico automático o un mensaje de voz pregrabado o artificial para cualquier finalidad relacionada con mi atención médica y tratamiento, incluso la reposición de medicamentos recetados y los recordatorios de las citas, facturación o cobro relacionado con mi atención (incluidas las opciones de asistencia financiera), recomendación de opciones de tratamiento posibles o beneficios y servicios relacionados con la salud, y coordinación de transporte. El consentimiento para ponernos en contacto con usted para el pago, como se describe arriba, continuará hasta que usted nos diga que cancelemos su consentimiento, hasta que usted realice el pago completo o hasta que AdventHealth, los Médicos o Proveedores de atención renuncien o cancelen su pago.

Puede optar por dejar de recibir mensajes de texto de AdventHealth en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP" cada vez que le enviemos un mensaje. Usted también puede seleccionar ciertas opciones de comunicación dentro de la aplicación de AdventHealth. Puede comunicarse con AdventHealth en cualquier momento para cancelar la recepción de llamadas automáticas o con mensajes de voz pregrabados. AdventHealth se reserva el derecho de que un miembro del personal de AdventHealth le llame personalmente en cualquier momento con respecto a su tratamiento o pago de nuestros Servicios.

### **PERÍODO DE VIGENCIA:**

\_\_\_\_\_ (Sus iniciales) Entiendo que este Acuerdo tiene vigencia durante el año calendario en el que lo firmo y seguirá vigente hasta que lo vuelva a firmar.

**CUALQUIER CAMBIO ESCRITO A MANO A ESTE FORMULARIO NO SERÁ LEGALMENTE VINCULANTE NI EXIGIBLE. LEÍ ESTE ACUERDO O ALGUIEN ME LO LEYÓ. ME LO EXPLICARON A MI ENTERA SATISFACCIÓN.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**SI LA FIRMA ANTERIOR NO ES DEL PACIENTE, ESCRIBA A CONTINUACIÓN EL NOMBRE Y LA RELACIÓN DE LA PERSONA QUE FIRMA EN NOMBRE DEL PACIENTE.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(p. ej., padre, tutor, sustituto para atención médica, garante, apoderado, poder notarial)

Nombre \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ letra \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ imprenta: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL EMPLEADO SI EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL NO PUEDE/NO QUIERE FIRMAR.**

Motivo \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ cual \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ paciente \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ puede/quiere firmar: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**SI SE USAN SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del intérprete, el número de identificación, el idioma interpretado, el método de interpretación (teléfono, video o en persona) y la firma del intérprete si el servicio se presta en persona:

# Notificación conjunta de prácticas de privacidad

Vigente a partir del: 1 de abril de 2024

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA DETENIDAMENTE.

Si usted es menor de 18 años, sus padres o tutor deben firmar y manejar sus derechos de privacidad por usted.

Si tiene cualquier pregunta sobre esta notificación, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 800-906-1794/TTY: 407-200-1388.

## Sección A: Quién Debe Cumplir Con Esta Notificación

Esta notificación describe las prácticas de AdventHealth y de:

- Cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en su historia clínica en los centros de AdventHealth, tales como médicos, enfermeras, asistentes médicos, tecnólogos y otros.
- Todos los departamentos y unidades de los centros de AdventHealth, incluidos los hospitales, centros para pacientes ambulatorios, consultorios médicos, instalaciones de enfermería especializada, agencias de atención médica a domicilio, residencias, centros de atención de urgencias y departamentos de emergencia.
- Todos los empleados, personal administrativo, estudiantes, voluntarios y demás personal de los centros de AdventHealth.
- Todos los socios comerciales externos que ayudan a AdventHealth a proporcionar herramientas tecnológicas u otras operaciones de atención médica.

Si desea una lista de las entidades afiliadas a AdventHealth, por favor envíe una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad a la dirección que aparece más adelante en la Sección G.

## Sección B: Nuestro Compromiso sobre su Información Médica

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica. Creamos un registro de los cuidados y servicios que usted recibe en nuestros centros. Necesitamos este registro para proporcionarle una atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos



legales. La presente notificación aplica a todos los registros sobre su atención médica generados o mantenidos en las instalaciones de AdventHealth, sea que hayan sido preparados por nuestros empleados o por su médico personal. Si su médico personal no es empleado de AdventHealth, su médico personal puede tener diferentes políticas o notificaciones con respecto al uso y divulgación de su información médica creada en el consultorio o clínica de su médico personal.

Esta notificación le indica las formas en las cuales podemos usar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de información médica.

La ley nos obliga a:

- ♦ Hacer nuestro mejor esfuerzo por mantener la privacidad sobre la información médica que lo identifique;
- ♦ Entregarle esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su información médica; y
- ♦ Cumplir con los términos y condiciones de la notificación vigente.

### Sección C: Como Podemos Usar y Revelar Información Médica Sobre Usted

Podemos compartir su información médica en cualquier formato que determinemos apropiado para coordinar eficientemente todo lo relacionado con su tratamiento, pago y servicios médicos de su atención. Por ejemplo, podemos compartir su información de forma oral, por fax, en papel o a través de intercambio electrónico.

También le solicitamos su consentimiento para compartir su información médica en los documentos de admisión que usted firma antes de recibir nuestros servicios. Este consentimiento es requerido por ley estatal para cierto tipo de divulgaciones y asegura que podamos compartir su información médica para las razones descritas a continuación. Puede ver el listado de las principales leyes estatales que exigen este consentimiento (Anexo A) haciendo click aquí <https://www.adventhealth.com/legal/patient-privacy-hipaa>, o puede solicitarle una copia impresa al personal de administración encargado de su registro. Si usted no desea otorgar su consentimiento para estas divulgaciones, por favor contacte al Oficial de Privacidad para determinar si podemos aceptar su solicitud.

Las siguientes categorías describen diferentes formas en las que usamos y divulgamos información médica. Explicaremos el significado de cada categoría de uso y divulgación de la información, y trataremos de proporcionar ejemplos. No se mencionan todas las formas de uso o divulgación en cada categoría; sin embargo, todas las formas permitidas de uso y divulgación de la información estarán incluidas en alguna de las categorías.

- **Tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de salud. Podemos divulgar información médica sobre usted a

médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de AdventHealth que participe en su atención en el hospital. Por ejemplo, un médico que lo atienda por una fractura en la pierna puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico deba informarle al dietista si usted tiene diabetes para que podamos organizar las comidas adecuadas. Los diferentes departamentos de AdventHealth también pueden compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que necesita, como prescripciones médicas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas ajenas a AdventHealth que puedan estar involucradas en su atención médica para que lo remitan, o a sus familiares, amigos, miembros del clero u otras personas que utilicemos para prestar los servicios que formen parte de su atención.

- **Pagos.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en AdventHealth puedan facturarse a usted, a una compañía de seguros o a un tercero, y se pueda cobrar el pago de estos. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle información a su plan de salud sobre la cirugía que usted recibió en AdventHealth, para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted por la cirugía. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento.
- **Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de AdventHealth. Estos usos y divulgaciones son necesarias para el funcionamiento de AdventHealth y para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. Podemos usar y divulgar su información según sea necesario para llevar a cabo u organizar servicios legales, auditorías u otras funciones. Podemos permitir que nuestros socios comerciales que nos ayudan con nuestras funciones administrativas y de otro tipo accedan a su información médica, la utilicen o la divulguen. Estos socios comerciales pueden incluir consultores, abogados, contables, licenciadores de software y otros terceros que nos prestan servicios. Por ejemplo, concedemos licencias de software con cierta tecnología habilitada para inteligencia artificial que procesa datos sobre usted que luego son revisados por su médico o proveedor de atención para ayudar a tratarle (por ejemplo, el software dentro de monitores cardíacos fetales y máquinas de electrocardiograma y resonancia magnética) o para ayudar a su médico o proveedor de atención a ser más eficiente (por ejemplo, software de dictado). Los socios comerciales pueden volver a divulgar su información médica solo según sea necesario para nuestro tratamiento, pago, operaciones de atención médica y funciones relacionadas, o para sus propias funciones administrativas permitidas, como llevar a cabo sus responsabilidades legales. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debe ofrecer AdventHealth, qué servicios no son necesarios y si ciertos nuevos tratamientos son eficaces. También podemos divulgar información a médicos,

enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de AdventHealth con fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con la información médica de otras entidades para comparar nuestro desempeño y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que le identifique de este conjunto de información médica para que otros puedan utilizarla para estudiar la atención médica y la prestación de servicios médicos sin saber quiénes son los pacientes concretos. Una vez eliminada la información que lo identifica a usted, podemos utilizar los datos para otros fines. También podemos divulgar su información para determinados fines de funcionamiento de la atención médica a otras entidades que estén obligadas a cumplir la ley HIPAA si la entidad ha tenido relación con usted. Por ejemplo, otro proveedor de atención médica que le haya tratado o un plan de salud que le haya proporcionado cobertura de seguro pueden querer sus datos médicos para revisar la calidad de los servicios que usted recibió de ellos.

- **Recordatorios de Citas.** Podemos usar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en AdventHealth.
- **Alternativas de Tratamientos.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle opciones o alternativas de tratamientos que puedan ser de su interés.
- **Servicios y Beneficios Relacionados con la Salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- **Actividades de Recaudación de Fondos.** Podemos usar información sobre usted para contactarlo con el propósito de recaudar fondos para AdventHealth y sus operaciones. Esta información puede ser divulgada a fundaciones relacionadas con AdventHealth de manera que la fundación pueda contactarlo a usted para recaudar fondos para AdventHealth. Sólo compartiríamos información de contacto, como su nombre, dirección, número de teléfono, sexo, edad, estado de seguro médico, las fechas en que recibió tratamiento o servicios en AdventHealth, el departamento y médico que lo atendieron e información sobre el resultado de su tratamiento. Si usted no desea que AdventHealth se comunique con usted con el objetivo de recaudar fondos, deberá notificarnos por escrito como se establece en la Sección G.
- **Directorio de Pacientes.** Salvo que usted nos indique lo contrario, podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de pacientes de AdventHealth mientras usted sea paciente de AdventHealth. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en AdventHealth, su estado general de salud (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, también se puede divulgar a personas que pregunten por usted por su nombre. A menos que nos diga lo contrario, su afiliación religiosa puede ser comunicada a un miembro del clero, como un ministro, sacerdote o rabino, aunque no pregunten por usted por su nombre. Esto es para que su familia, amigos y

miembros del clero puedan visitarlo en AdventHealth y saber en general cómo se encuentra.

➤ **Personas Involucradas en su Atención Médica o en el Pago de su Atención Médica.**

Salvo que usted nos indique lo contrario, podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica; podemos dar información a alguien que ayude a pagar por su atención; o, podemos informar a su familia o amigos sobre su condición y que usted está en un centro de AdventHealth. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que esté ayudando en una catástrofe para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

➤ **Investigación.** En determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación, incluso a nuestras filiales de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro para la misma enfermedad. Sin embargo, todos los proyectos de investigación que afectan a personas están sujetos a un proceso de aprobación especial por parte de una Junta de Revisión Institucional. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de los pacientes de privacidad de su información médica. Antes de que utilicemos o divulguemos información médica para investigación, a menos que se eliminen la mayoría o todos los identificadores del paciente, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación. Sin embargo, podemos proporcionar acceso limitado de sólo lectura a información médica sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que revisen permanezca protegida. Si lo requiere la ley, le pediremos su permiso específico en los casos en que el investigador fuere a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si fuere a estar involucrado en su atención médica en AdventHealth.

➤ **Según lo Exija la Ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, cuando nuestros pacientes tienen ciertas enfermedades transmisibles, sufren de abuso, abandono o violencia, o para registros estatales como la Oficina de Estadísticas Vitales o registros de tumores. Otro ejemplo sería para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o vigilancia médica relacionada con el lugar de trabajo.

➤ **Para evitar una Amenaza Grave para la Salud o Seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona. No obstante, la divulgación sólo se hará a quien pueda ayudar a evitar la amenaza.

## Sección D: Situaciones Especiales

- **Donación de Órganos y Tejidos.** Podemos divulgar información médica a aquellas organizaciones que manejen el proceso de obtención o trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a bancos de donación de órganos, en la medida que sea necesaria para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Militares y Veteranos (Excombatientes).** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica sobre usted si así lo exigen las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera pertinente que la solicite. Podemos también divulgar información a las entidades que determinan la elegibilidad a ciertos beneficios otorgados a los veteranos (excombatientes).
- **Indemnización por Accidente Laboral.** Podemos divulgar información médica sobre usted para programas de indemnización laboral u otros similares, ya que estos programas proporcionan beneficios en caso de sufrir accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos para la Salud Pública.** Podemos divulgar información médica sobre usted como parte de las actividades relacionadas con la salud pública. Estas actividades, por lo general, incluyen las siguientes:
  - Para prevenir y controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
  - Para informar sobre nacimientos y muertes;
  - Para informar sobre abuso o abandono infantil;
  - Para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - Para notificar acerca de productos que se retiran del mercado;
  - Para notificar a las personas que pueden haber estado expuestas a enfermedades o que corren el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
  - Para notificar a las autoridades gubernamentales pertinentes si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. En este caso, la información será divulgada solamente si usted está de acuerdo, o si así lo solicitan o autorizan las leyes.
- **Actividades de Supervisión Sanitaria.** Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Pleitos y Litigios.** Podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han

realizado esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

- **Cumplimiento de la Ley.** Podemos revelar información médica si así nos lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
  - En respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto o allanamiento, o proceso similar;
  - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;
  - Información acerca de la víctima de un delito si, bajo circunstancias específicas, no somos capaces de obtener la autorización de la persona;
  - Información acerca de una muerte que consideramos puede haber sido provocada por una conducta criminal;
  - Información acerca de conductas delictivas en AdventHealth; y
  - En caso de emergencia, para reportar un delito; la ubicación del lugar del delito o de sus víctimas; o, la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos forenses o examinadores médicos. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de su muerte. Así mismo, podemos revelar información médica sobre los pacientes de AdventHealth a los directores de las funerarias conforme sea necesario para facilitar el desempeño de sus funciones.
- **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.** Podemos revelar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados para realizar actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad autorizadas por la ley.
- **Servicios de Protección del Presidente y Otras Personas.** Podemos revelar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados a fin de que proporcionen la debida protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para conducir investigaciones especiales.
- **Presos.** Si usted es un interno en un centro penitenciario o bajo la custodia de un oficial o agente de la autoridad, podemos revelar información médica sobre usted a tal centro o agente. Esta divulgación sería necesaria para (1) que la institución le proporcione asistencia médica; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) la seguridad de la institución penitenciaria.

## Sección E: Sus Derechos sobre la Información Médica sobre Usted

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que conservamos sobre usted:



- **Derecho de Inspección y Copia.** Usted tiene derecho a revisar y copiar parte de la información médica que se utiliza a la hora de tomar decisiones acerca de su salud. Por lo general, esta información incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas psicoterapéuticas. Cuando su información médica esté contenida en una historia clínica electrónica, tal como se define este término en las leyes y normas federales, usted tiene derecho a obtener una copia de dicha información en formato electrónico y puede solicitar que transmitamos dicha copia directamente a una entidad o persona designada por usted, siempre que dicha solicitud se realice por escrito e identifique claramente a la persona a la que debemos enviar su Información Médica Protegida (*PHI*, por sus siglas en inglés). Si usted solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de gestión, copiado, envío por correo y otros suministros relacionados con su solicitud.

En determinadas circunstancias podemos denegar su solicitud de consultar y copiar información médica. Si se le deniega el acceso a la información médica, en algunos casos puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional sanitario autorizado elegido por el hospital revisará su solicitud y la denegación. La persona que lleve a cabo revisión no será la misma persona que denegó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho de Modificación.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información sea conservada por o para la entidad de salud. Adicionalmente, debe justificar su solicitud.

Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- ♦ No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- ♦ No forme parte de la información médica conservada por o para la entidad de salud;
- ♦ No forme parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ♦ Es exacta y completa.

- **Derecho a Recibir un Informe sobre Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un “informe sobre divulgaciones”, esto es, una lista de determinadas divulgaciones que hemos realizado de información médica sobre usted. El informe excluirá ciertas divulgaciones según lo dispuesto en las leyes y normas aplicables, tales como las divulgaciones hechas directamente a usted, las divulgaciones que usted autorice, las divulgaciones a amigos o familiares involucrados en su cuidado, las divulgaciones con fines de notificación y ciertos otros tipos de divulgaciones hechas a instituciones correccionales o agencias de aplicación de la ley. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no podrá ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista

que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costes de proporcionar la lista. Le notificaremos el coste correspondiente y podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en gasto alguno.

- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica sobre usted que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamientos, pagos o funciones operativas de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre usted a personas involucradas en su atención médica o en el pago de su atención médica, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido.

En su solicitud, deberá especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

***No estamos obligados a aceptar su solicitud***, excepto en circunstancias limitadas en las que usted haya pagado los servicios médicos de su bolsillo en su totalidad en el momento del servicio y haya solicitado que no divulguemos su información médica a un plan de salud. En la medida de nuestras posibilidades, restringiremos la divulgación de información a su plan de salud. No podremos restringir la divulgación de su información médica a un plan de salud si la información no está relacionada únicamente con el artículo o servicio de atención médica que usted ha pagado en su totalidad. Por ejemplo, si va a someterse a una histerectomía que pagará su plan de salud, y solicita pagar en efectivo una abdominoplastia que desea que se realice durante la misma intervención, para evitar la divulgación a su plan de salud, tendría que pagar en efectivo todo el procedimiento o programar los procedimientos en días separados. Sepa también que tiene que solicitar y pagar una restricción para toda la atención de seguimiento y las derivaciones relacionadas con el servicio de atención médica inicial que se restringió, a fin de garantizar que no se revele a su plan de salud ninguno de sus datos médicos. Usted, su familiar u otra persona pueden pagar en efectivo o a crédito, o pueden utilizar el dinero de su cuenta de gastos flexibles o de su cuenta de ahorros de salud. Por favor, entienda que su información médica tendrá que ser revelada a su cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorros de salud para obtener dicho pago.

En caso de aceptar su solicitud, cumpliremos con su pedido salvo que la ley exija o permita la divulgación de otra forma. Por ejemplo, podemos divulgar su información restringida si es necesario para proporcionarle tratamiento de emergencia.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar concreto. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo. No le preguntaremos el

motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.

- **Derecho a Recibir una Notificación de Infracción.** Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito de una infracción si se ha accedido a su información médica no segura, se ha utilizado, adquirido o divulgado a una persona no autorizada como resultado de dicha infracción, y si la infracción compromete la seguridad o privacidad de su información médica. A menos que usted especifique por escrito que desea recibir la notificación por correo electrónico, le enviaremos dicha notificación escrita por correo de primer nivel o, si es necesario, por otras formas de comunicación sustitutivas permitidas por la ley.
- **Derecho a Recibir una Copia Impresa de esta Notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente, usted sigue teniendo derecho a recibir una copia en papel de ésta. Puede obtener una copia de esta notificación en nuestra página web, <https://www.adventhealth.com/legal/patient-privacy-hipaa>.
- **Derecho a Rechazar la Participación en el Intercambio de Información Médica.** AdventHealth ha conectado electrónicamente la información médica del paciente a la aplicación de intercambio de información de salud de AdventHealth conocida como *Epic's Care Everywhere* y otras aplicaciones y servicios relacionados (las "aplicaciones HIE"). Las aplicaciones HIE proporcionan funciones de interoperabilidad que nos conectan con otras organizaciones de intercambio de información de salud para compartir información médica de pacientes con y desde otros proveedores de atención médica, proveedores de servicios de información de salud (*HISP*, por sus siglas en inglés), planes de salud y agencias gubernamentales. Hacer que la información médica del paciente esté disponible a través de las aplicaciones HIE de AdventHealth promueve la eficiencia y la calidad de la atención.

Usted puede optar por no permitir que su información médica sea compartida a través de las aplicaciones HIE de AdventHealth. Compartir información médica a través de las aplicaciones HIE de AdventHealth no es una condición para recibir atención médica. Para optar por no participar en las aplicaciones HIE de AdventHealth, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección o correo electrónico proporcionado en la sección G a continuación, o solicite firmar un formulario de cancelación de la aplicación de HIE cuando visite un centro de AdventHealth. Tenga en cuenta que cualquier información médica sobre usted que se haya puesto previamente a disposición de otros destinatarios a través de las aplicaciones de HIE no está controlada por AdventHealth. Para darse de baja de algunos otros intercambios de información médica nacionales, regionales o estatales, debe comunicarse con las aplicaciones HIE específicas o con sus otros proveedores o compañías de seguros y seguir su proceso de cancelación.

Una vez AdventHealth procese su solicitud de exclusión voluntaria de la aplicación de HIE, los proveedores de atención médica fuera de AdventHealth ya no podrán ver

su información médica originada en AdventHealth. Esto significa que los proveedores de atención médica externos a AdventHealth pueden tardar más tiempo en obtener la información médica que necesitan para tratarlo a usted. Su solicitud de exclusión permanecerá vigente hasta que usted proporcione una solicitud por escrito a AdventHealth para comenzar a compartir nuevamente su información médica a través del HIE de AdventHealth. Aunque usted no participe en un intercambio de información médica, ciertos requisitos de información de la ley estatal, como el registro de vacunación, se cumplirán a través del intercambio de información médica. Algunos estados también permiten que los proveedores de atención médica accedan a su información médica a través de un intercambio de información de salud nacional, regional o estatal si es necesario para tratarlo en una emergencia.

Para ejercer los derechos mencionados, póngase en contacto con la siguiente persona para obtener una copia del formulario correspondiente que deberá completar para realizar su solicitud: Con el Oficial de Privacidad al 800-906-1794/TTY: 407-200-1388.

#### **Sección F: Cambios a Esta Notificación**

Nos reservamos el derecho a modificar esta notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo la notificación revisada o modificada para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de la actual notificación en AdventHealth, así como en nuestro sitio web. La notificación contendrá, en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre o sea admitido en un centro de AdventHealth para recibir tratamiento o servicios de atención médica, pondremos a su disposición una copia de la notificación actual vigente.

#### **Sección G: ¿Tiene quejas o preocupaciones?**

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante AdventHealth o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante AdventHealth, comuníquese con: El Oficial de Privacidad al 800-906-1794/ TTY: 407-200-1388, o por correo electrónico a [patientrequest@adventhealth.com](mailto:patientrequest@adventhealth.com), o por correo a AdventHealth, 900 Hope Way, Altamonte Springs, FL 32714, Atn.: Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

**No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.**

#### **Sección H: Otros Usos de la Información Médica que Requieren de su Autorización**

Los siguientes tipos de usos y divulgaciones de información médica se realizarán únicamente con su autorización escrita.



- **Notas Psicoterapéuticas.** Las notas de psicoterapia son notas que su psiquiatra o psicólogo mantiene separadas y aparte de su historial médico. Estas notas requieren su autorización por escrito para ser divulgadas a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley, sea para defender al psiquiatra o psicólogo en una demanda presentada por usted, o, sea para tratarle o para formar a estudiantes.
- **Marketing.** Su autorización es necesaria para utilizar sus datos médicos con fines de marketing, a menos que estemos teniendo una charla cara a cara sobre el nuevo producto o servicio de atención médica, o que le estemos dando un regalo que no cueste mucho para informarle sobre el nuevo producto o servicio de atención médica. También debemos informarle si alguien nos paga por informarle sobre un nuevo producto o servicio de salud.
- **Venta de Información Médica.** No nos es permitido vender su información médica sin su autorización y debemos informarle si recibimos algún pago. Sin embargo, ciertas actividades que no son consideradas como venta de su información médica y no requieren de su consentimiento. Por ejemplo, podemos vender nuestro negocio, pagarle a los contratistas y subcontratistas que trabajan para nosotros, participar en proyectos de investigación, recibir cobrarle por proporcionarle tratamiento, proporcionarle copias o un informe de las divulgaciones de su información médica, o podemos utilizar o divulgar su información médica sin su permiso si la ley nos lo exige o permite, como por ejemplo con fines de salud pública.

Si usted nos da su autorización para utilizar o divulgar información médica sobre usted, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de utilizar o divulgar su información médica por los motivos contemplados en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le hemos prestado.

## Sección I: Acuerdo de Atención Médica Organizada

AdventHealth, su personal médico y otros proveedores de atención médica afiliados a AdventHealth han acordado, según lo permita la ley, compartir su información médica entre ellos para fines de su tratamiento, pago u operaciones de atención médica en AdventHealth. Podemos participar en acuerdos organizados de atención médica con otras entidades cubiertas, como otros proveedores de atención médica, que no son nuestros agentes para fines de revisión conjunta de utilización, evaluación de calidad y actividades de mejora, o actividades de pago. Cada una de ellas es una entidad independiente responsable de sus propias actividades. Esto nos permite atender mejor sus necesidades de atención de salud.

En un esfuerzo por controlar los costos de atención médica, sin dejar de brindar atención de calidad, AdventHealth, los miembros contratistas independientes de su Personal Médico y otros proveedores de atención médica en las comunidades donde AdventHealth brinda servicios también se han unido o pueden estar en proceso de



unirse para crear redes de proveedores u organizaciones de atención responsable para brindar y administrar su tratamiento, así como para realizar investigaciones de salud de la población para mejorar la calidad de la atención en nuestras comunidades. Le pedimos que consienta la divulgación de su información médica y datos altamente sensibles en nuestros documentos de admisión cuando acuda a nuestras instalaciones. Si usted desea restringir estas divulgaciones, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad según lo establecido en la Sección G para determinar si podemos aceptar su solicitud. Comuníquese también con nuestro Oficial de Privacidad si desea ver una lista de las redes, acuerdos organizados de atención médica, entidades cubiertas afiliadas u organizaciones de atención responsable en las que participa AdventHealth.

## ANEXO A

### A LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - RESUMEN DE LEYES ESTATALES QUE PUEDEN REQUERIR SU CONSENTIMIENTO

#### LEY DE COLORADO

##### Información Sensible

Información de Salud Mental: No divulgaremos su información de salud mental sin su consentimiento, excepto de conformidad con la ley de la siguiente manera: en comunicaciones entre personal profesional calificado en la prestación de servicios o remisiones apropiadas; cuando usted designe personas a quienes se les puede divulgar información o registros; en la medida que sea necesaria para presentar reclamaciones en nombre de un beneficiario de ayuda, seguro o asistencia médica; para investigación, de acuerdo con las normas expedidas por la Administración de Salud Mental de Colorado (Colorado Behavioral Health Administration); a los tribunales, según sea necesario para la administración de justicia; a personas autorizadas por orden judicial después notificarlo a usted y darle la oportunidad de escucharlo; a tribunales o paneles de revisión profesional, según sea necesario para cumplir con una investigación o defenderse de acusaciones que usted o uno de sus herederos pueda hacer contra un proveedor de atención individual autorizado; a una escuela, distrito escolar o agencia policial en relación con una amenaza articulada y significativa; a miembros de la familia (incluidos los padres de un menor de edad) al momento de la admisión de una persona con un trastorno de salud mental para atención y tratamiento hospitalario o residencial; a los miembros de la familia (incluidos los padres de un menor de edad) o a una persona no profesional que participe activamente en el cuidado y tratamiento de una persona con un trastorno de salud mental, independientemente de la duración de la participación; y a la agencia estatal designada de conformidad con la Ley federal de Protección y Defensa de Personas con Enfermedades Mentales (federal Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness Act) para proteger y defender los derechos de las personas con discapacidades en su desarrollo mental.

Información Genética: Cualquier divulgación de información genética para fines distintos al diagnóstico, tratamiento o terapia, que identifique a la persona examinada con los resultados de la prueba divulgados, requerirá su consentimiento específico por escrito.

Información sobre SIDA/VIH: Los informes y registros relacionados con personas diagnosticadas con SIDA y enfermedades relacionadas con el VIH son confidenciales y no divulgaremos dicha información confidencial sin su consentimiento informado por escrito, a menos que estemos autorizados o requeridos por la ley estatal o federal para hacer la divulgación (por ejemplo, conforme a una citación o a un proveedor de atención médica en una emergencia médica en la medida necesaria para preservar su salud o salvar su vida).

Información sobre Abuso de Alcohol y Drogas: Los registros de inscripción y otros registros de los centros de tratamiento son confidenciales y no divulgaremos dicha información confidencial sin su consentimiento por escrito, salvo que la ley estatal o federal nos autorice o exija hacer la divulgación (por ejemplo, información desidentificada puesta a disposición con fines de investigación y/o intercambio de información con un departamento de policía de la universidad

para proteger la seguridad de los estudiantes y otro personal del campus o para evitar la destrucción de la propiedad).

## LEY DE LA FLORIDA

### Hospital

Registros Médicos: No divulgaremos su historia clínica sin su consentimiento por escrito, salvo en los siguientes casos: a personas involucradas actualmente con su atención; al personal autorizado de las instalaciones para fines administrativos, de garantía de calidad y de gestión de riesgos; procedimientos disciplinarios de colegios profesionales; a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Agency for Health Care Administration); al Departamento de Salud para establecer un registro de traumatismos; al Departamento de Servicios para Niños y Familias para investigar el abuso infantil y el abuso de personas mayores; a la agencia local de traumatología; a organizaciones para la adquisición de órganos; a la Unidad de Control de Fraudes de Medicaid; al Departamento de Servicios Financieros; a un centro regional de control de toxicología; o en una acción civil o penal, si la persona que busca sus registros médicos ha emitido una citación y le ha notificado.

### Médico

Registros Médicos: No divulgaremos su historia clínica sin su consentimiento por escrito, excepto en los siguientes casos: para fines de tratamiento, para un examen físico obligatorio requerido por la ley para un procedimiento legal, para un centro regional de control de toxicología, para defendernos en una acción de negligencia médica o procedimiento administrativo, al Departamento de Salud para cualquier proceso disciplinario profesional si usted no autoriza la divulgación (ellos no necesitan su autorización si el procedimiento disciplinario involucra el uso indebido de sustancias controladas o si usted está ayudando a su médico en cualquier actividad fraudulenta), a la Unidad de Control de Fraudes de Medicaid del Departamento de Asuntos Legales si usted es beneficiario de Medicaid, o en una acción civil o penal, si la persona que busca sus registros médicos ha emitido una citación y le ha notificado.

### Hospicio

Registros Médicos: No divulgaremos su expediente médico salvo que nos dé su consentimiento informado por escrito, exista una orden judicial que autorice la divulgación, o la ley nos exija reportar información estadística a una agencia estatal o federal.

### Información Sensible

Información Genética: Podemos divulgar su análisis de ADN o sus resultados según lo permita la ley, incluso para exámenes de detección de recién nacidos, ciertas investigaciones y procesos penales, determinación de paternidad, ciertas investigaciones y diagnósticos médicos, realización de evaluaciones de calidad, actividades de mejora y tratamientos cuando el análisis sea realizado por un laboratorio certificado o cuando hayamos obtenido su consentimiento expreso.

Información sobre SIDA/VIH: Solo divulgaremos los resultados positivos de su prueba preliminar de VIH sin su consentimiento a: (1) un médico autorizado o personal médico y no médico sujeto a exposición significativa, (2) proveedores de atención médica y la persona sometida a la prueba cuando las decisiones sobre atención médica o tratamiento no puedan esperar a los resultados

de las pruebas confirmatorias, y (3) según lo aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos.

Podemos divulgar el resultado positivo de su prueba de SIDA/VIH sin su autorización a: personal médico sujeto a exposición significativa, proveedores de atención médica y sus empleados que lo estén tratando o que manejen o procesen muestras de fluidos corporales, el Departamento de Salud federal y del condado, pagadores con el fin de obtener pagos, instalaciones o proveedores de salud que adquieran, procesen, distribuyan o utilicen partes del cuerpo humano de una persona fallecida, personal involucrado en la revisión de calidad, investigadores médicos o epidemiológicos, una persona a quien el juez de reclamaciones de indemnizaciones de la División de Audiencias Administrativas le haya autorizado el acceso a dicha información, cualquier persona responsable del cuidado de un niño con SIDA/VIH, empleados de instalaciones residenciales o programas de cuidados comunitarios que atiendan a personas con discapacidades en su desarrollo mental, o en virtud de una orden judicial.

Enfermedades de Transmisión Sexual: No divulgaremos información médica sobre sus enfermedades de transmisión sexual sin su consentimiento, a menos que necesitemos divulgarla al personal médico o al Departamento de Salud según lo exige la ley de Florida. Estamos obligados a divulgar dicha información a quienes están involucrados en garantizar que los reclusos hayan sido examinados o, según sea necesario, para evaluar una solicitud de citación.

Información de Salud Mental: No divulgaremos su información de salud mental sin su consentimiento expreso e informado, a menos que su abogado necesite la información para representarlo, nos lo ordene un tribunal, usted esté en la cárcel, usted haya declarado la intención de dañar otra persona, su información sea necesaria para la Unidad de Fraude de Medicaid del Departamento de Asuntos Legales, la Agencia para la Administración de Atención Médica y los Consejos de Defensa de Florida necesiten su información para monitorear las instalaciones y responder a las quejas de los pacientes, su información sea necesaria para determinar la colocación ambulatoria involuntaria, la divulgación sea para un investigador calificado o un proveedor de tratamiento posterior. Podemos proporcionar un resumen de su información de salud mental a sus padres o familiares más cercanos.

Información sobre Abuso de Alcohol y Drogas: No divulgaremos su información sobre abuso de alcohol y drogas sin su consentimiento, a menos que: necesitemos divulgar esta información al personal médico en una emergencia médica; necesitamos la información para tratarlo; haya una revisión de auditoría del proveedor de servicios, estemos obligados a reportar información al Departamento de Salud para investigaciones científicas, el tribunal ordena la divulgación; existen sospechas de abuso y negligencia infantil; o si se comete un delito en nuestra propiedad.

Comunicaciones con su Psicólogo: Sus comunicaciones con su psicólogo no pueden divulgarse sin su consentimiento a menos que el psicólogo sea demandado en una acción civil, penal o disciplinaria presentada por usted. Además, si existe una probabilidad clara e inmediata de daño físico a usted o a la sociedad, su psicólogo puede revelar su información confidencial a la víctima potencial, al miembro apropiado de la familia, a las autoridades policiales u a otras autoridades apropiadas.

## LEY DE GEORGIA

### Todos los Proveedores

Evidencia en un Procedimiento Legal: Solo divulgaremos su información médica como evidencia en un procedimiento legal cuando lo autorice o lo exija la ley u orden judicial, o previa autorización por escrito del paciente o su representante.

### Información Sensible

Información sobre VIH/SIDA: Solicitaremos su autorización para divulgar su información sobre VIH/SIDA, a menos que necesitemos la información para el tratamiento, estamos obligados por ley a informar el diagnóstico al Departamento de Salud Pública, creemos que su cónyuge, pareja sexual u otro miembro de la familia está en riesgo, o si su médico u otro proveedor de atención entró en contacto con fluidos corporales del SIDA/VIH.

Información de Salud Mental y Abuso de Sustancias: Solicitaremos su autorización para divulgar su información de salud mental y abuso de sustancias, a menos que necesitemos la información para el tratamiento, cuando lo transfiramos a un centro diferente, si lo ordena el tribunal o lo exige la ley.

Pruebas Genéticas: Utilizaremos su información genética para tratarlo, pero solo la divulgaremos a otras personas específicamente autorizadas por usted para recibir la información.

## LEY DE ILLINOIS

### Hospital

Registros Médicos: No divulgaremos su historia clínica sin su consentimiento por escrito, excepto en los siguientes casos: a proveedores actualmente involucrados en su atención; según sea necesario para brindarle atención, al personal autorizado del centro para fines administrativos, de control de calidad y de gestión de riesgos; procedimientos disciplinarios de colegios profesionales; el Departamento de Servicios para Niños y Familias para investigar el abuso infantil y el abuso de personas mayores; la Unidad de Control de Fraudes a Medicaid; el Departamento de Regulación Financiera y Profesional; según lo exija la ley, o en una acción civil o penal, si la persona que busca sus registros médicos ha recibido una citación y le ha notificado.

### Médico

Registros Médicos: No divulgaremos su historia clínica sin su consentimiento por escrito, excepto en los siguientes casos: para fines de tratamiento, para fines de pago, para un examen físico obligatorio requerido por la ley para un procedimiento legal, para defendernos en una acción de negligencia médica o procedimiento administrativo, al Departamento de Regulación Financiera y Profesional para cualquier procedimiento disciplinario profesional si usted no autoriza la divulgación, a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid de la Policía Estatal de Illinois si usted es beneficiario de Medicaid, o en una acción civil o penal, si la persona que busca sus registros médicos ha emitido una citación y le ha notificado.

### Información Sensible

Información sobre SIDA/VIH: Solo divulgaremos los resultados positivos de su prueba preliminar de VIH sin su consentimiento a: (1) un médico autorizado o personal médico y no médico sujeto a

exposición significativa, (2) proveedores de atención médica y la persona sometida a la prueba cuando se toman decisiones sobre la atención o el tratamiento no pueden esperar a los resultados de las pruebas confirmatorias, (3) según lo aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos.

También podemos divulgar los resultados positivos confirmados de su prueba a su cónyuge o pareja en unión civil siempre que el médico haya intentado primero, sin éxito, persuadir al paciente para que notifique al cónyuge o pareja de unión civil, o que, un tiempo razonable después de que el paciente haya aceptado hacer la notificación, el médico tenga motivos para creer que usted no ha realizado la notificación.

Podemos divulgar el resultado positivo de su prueba de SIDA/VIH sin su consentimiento a: personal médico sujeto a una exposición significativa, proveedores de atención médica y sus empleados que lo estén tratando o que manipulen o procesen muestras de fluidos corporales, pagadores con el fin de obtener los pagos, cualquier persona responsable del cuidado de un niño con SIDA/VIH, o en virtud de una orden judicial.

Enfermedades de Transmisión Sexual: No divulgaremos información médica sobre sus enfermedades de transmisión sexual sin su consentimiento, a menos que necesitemos hacer una divulgación al personal médico, se nos requiera reportar información relacionada con su enfermedad de transmisión sexual al Departamento de Salud Pública de Illinois, o según se requiera para notificar a oficiales de policía, bomberos, técnicos médicos de emergencia y personal de ambulancia que le hayan proporcionado o estén a punto de proporcionarle atención de emergencia o servicios de soporte vital.

Salud Mental e Información sobre Discapacidades del Desarrollo: Solicitaremos su autorización para divulgar su información de salud mental y abuso de sustancias, a menos que necesitemos compartir la información con fines de tratamiento y coordinación de la atención, cuando lo transfieran a un centro diferente, a compañías de seguros con el fin de obtener las aprobaciones y los pagos necesarios, y si lo ordena el tribunal o lo exige la ley.

Información sobre Abuso de Alcohol y Drogas: No divulgaremos su información sobre abuso de alcohol y drogas sin su consentimiento a menos que necesitemos divulgar esta información al personal médico en una emergencia médica, necesitemos la información para tratarlo, haya una revisión de auditoría del proveedor de servicios, para investigación científica bajo ciertas circunstancias, el tribunal ordene la divulgación, haya sospecha de abuso y negligencia infantil. Pruebas Genéticas: No divulgaremos la información ni los resultados de sus pruebas genéticas sin su consentimiento, excepto a un centro de salud o proveedor de atención médica que esté autorizado para obtener los resultados, brinde atención al paciente y necesite conocer la información para realizar las pruebas o proporcionar atención o tratamiento.

Aborto: La información sobre su aborto es confidencial y sólo puede divulgarse a las personas involucradas en su atención, según lo exija la ley de Illinois, o según lo requiera el contrato de pago de terceros.

Comunicaciones con su Psicólogo: Sus comunicaciones con su psicólogo no pueden divulgarse sin su consentimiento a menos que el psicólogo sea demandado en una acción civil, penal o

disciplinaria presentada por usted. Adicionalmente, si existe una probabilidad clara e inmediata de daño físico para usted o a la sociedad, su psicólogo puede revelar su información confidencial a la víctima potencial, al miembro apropiado de la familia, a las autoridades policiales u otras autoridades apropiadas.

Información Biométrica: No divulgaremos ni volveremos a divulgar su identificador biométrico o su información biométrica, a menos que:

- Usted o su representante legal consientan la divulgación o nueva divulgación;
- La divulgación o nueva divulgación completa una transacción financiera solicitada o autorizada por usted o su representante legal;
- La divulgación o nueva divulgación sea requerida por ley estatal o federal o por una ordenanza municipal; o
- La divulgación se requiere de conformidad con una orden o citación válida emitida por un tribunal de jurisdicción competente.

## LEY DE KENTUCKY

### Hospital

En General: Le pediremos permiso para divulgar su información médica, excepto que podemos usar su información médica para tratarlo y podemos proporcionar una copia o acceso al personal autorizado o para consultas, o podemos divulgar su información médica si así lo ordena el corte.

### Hogar Geriátrico

Registros Médicos: No divulgaremos su información médica sin su consentimiento a menos que lo transfiramos a otro centro, estemos obligados por ley, o estemos obligados a divulgarla por un contrato de pago de terceros.

### Agencia de Cuidados en el Hogar

Registros Médicos: Debemos mantener la confidencialidad de su información médica a menos que usted permita su divulgación.

### Hospicio

Registros Médicos: Debemos mantener la confidencialidad de su información médica a menos que usted permita su divulgación.

### Información Sensible

Información de Salud Mental: Solicitaremos su autorización para divulgar su información de salud mental excepto cuando: se nos permite divulgar la información para cumplir con la ley de Kentucky, haya una investigación del gobierno federal o si lo ordena el tribunal.

Información sobre Abuso de Alcohol y Drogas: Le pediremos permiso para divulgar su información sobre abuso de alcohol y drogas excepto cuando: no se requiera autorización para la comunicación interna dentro de un programa de tratamiento o entre un programa y una entidad que tenga control administrativo directo para fines relacionados con la prestación de servicios.

Información sobre SIDA/VIH: No divulgaremos su identidad ni los resultados de sus pruebas sin su consentimiento, excepto a las siguientes personas: cualquier persona a la que usted autorice

la divulgación, cualquier persona que lo trate, informes requeridos por el estado, centros de atención médica que procesen partes del cuerpo humano; revisión de calidad; investigadores médicos o epidemiológicos autorizados que no divulgarán ninguna característica o información de identificación; o una persona a la que se le permita el acceso por orden judicial.

**Planificación Familiar:** Todas las listas y registros médicos que mantengan los hospitales y laboratorios médicos sobre defectos congénitos, mortinatos y afecciones de alto riesgo serán confidenciales y sólo podrán comunicarse al Estado o si usted nos da su consentimiento por escrito.

**Aborto:** La información sobre su aborto es confidencial y sólo podrá divulgarse a las personas involucradas en su atención, según lo exija la ley de Kentucky o según lo requiera el contrato de pago de terceros.

**Comunicaciones con su Psicólogo:** Sus comunicaciones con su psicólogo son privilegiadas.

## LEY DE KANSAS

### Agencia de Cuidados en el Hogar

**En General:** Le pediremos su consentimiento por escrito para divulgar su información médica, a menos que la ley nos exija divulgar su información médica.

### Información Sensible

**Salud Mental, Abuso de Alcohol y Drogas:** Su información médica es confidencial y usted puede reclamar un privilegio para evitar su divulgación, excepto en los siguientes casos: para su internamiento involuntario para recibir tratamiento; cuando un juez ordene el examen de su estado mental, alcohólico, de drogodependencia o emocional; en cualquier procedimiento en el que usted utilice como defensa una enfermedad mental o el abuso de alcohol o drogas; cuando la ley exija que se informe al Estado de Kansas; para su tratamiento de emergencia; cuando necesitemos divulgar su información para proteger a una persona que haya sido amenazada con un daño físico considerable por usted durante el curso del tratamiento; para divulgaciones por parte de un hospital psiquiátrico estatal al personal administrativo apropiado del Departamento de Correccionales; cuando creamos que divulgarle a usted su información será perjudicial para su bienestar; cuando se nos exija divulgar su información a una autoridad estatal o nacional de acreditación, certificación o licencia, o a un investigador académico bajo la promesa de sólo divulgar su identidad a las personas autorizadas por la ley; cualquier información que el sistema estatal de protección y defensa requiera que esté disponible por un programa federal de subvenciones; cuando intentamos cobrar un pago; para investigaciones o procedimientos llevados a cabo por un forense en el desempeño de sus funciones oficiales; para compartir registros de evaluación y tratamiento por y entre centros de tratamiento, instituciones correccionales, cárceles, centros de detención de menores o centros correccionales de menores en relación con un posible paciente, paciente o antiguo paciente para la continuidad de la atención; para divulgar el nombre, la fecha de nacimiento, la fecha de defunción, el nombre de cualquier pariente cercano y el lugar de residencia de un antiguo paciente fallecido cuando dicha información se solicite como parte de un estudio genealógico; o cuando el comisionado de justicia juvenil, o la persona designada por el comisionado, solicite información sobre un menor.

**Información sobre SIDA / VIH:** Estamos obligados por ley a informarle al Secretario del Estado de

Kansas si el resultado de una prueba de SIDA/VIH es positivo.

Comunicaciones con su Psicólogo: Sus comunicaciones con su psicólogo son confidenciales y no se divulgarán sin su consentimiento, excepto si su psicólogo está testificando en audiencias judiciales relacionadas con asuntos de abuso de adultos, adopción, abuso infantil, negligencia infantil u otros asuntos relacionados con el bienestar de los niños, o está buscando colaboración o consulta con colegas profesionales o superiores administrativos, o ambos, o está haciendo un informe al estado que es requerido por la ley.

## LEY DE CAROLINA DEL NORTE

### **Divulgación de Información después de un Accidente Automovilístico**

En caso de que usted se vea involucrado en un accidente automovilístico, podemos:

- revelar cierta información al oficial de policía investigador, previa solicitud;
- proporcionarles a las autoridades policiales acceso para visitarlo y entrevistarlos; y
- revelar una copia certificada de información relacionada con usted según lo requiera una orden de allanamiento u orden judicial.

### **Privilegio de Procedimiento Judicial**

En General: No se puede exigir a las siguientes personas que revelen información relacionada con su atención médica que se haya obtenido mientras él/ella prestaba servicios profesionales:

- Médicos y aquellos profesionales médicos que asisten al médico.
- Psicólogos y sus empleados.
- Trabajadores sociales.
- Consejeros.
- Optometristas.
- Enfermeras.

Divulgación al Tribunal: Es posible que se nos solicite revelar información obtenida por las personas mencionadas anteriormente si un juez determina que la divulgación es necesaria para la correcta administración de justicia.

### **Atención Domiciliaria**

En General: De ser aplicable, no divulgaremos su historial personal o médico salvo en la medida en que lo permita o requiera la ley estatal o federal aplicable.

### **Hospicio**

Inspecciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos: De ser aplicable, no divulgaremos ninguna información ni permitiremos ninguna inspección sin antes informarle por escrito sobre su derecho a objetar. Además, el Departamento no divulgará ninguna información obtenida a menos que usted o su representante legal autoricen la divulgación por escrito o que un tribunal ordene dicha divulgación.

### **Residentes de Hogares de Atención para Adultos**

En General: De ser aplicable, no divulgaremos sus registros médicos o personales, excepto según lo permita o requiera la ley estatal o federal aplicable.

## Hogar Geriátrico

En General: De ser aplicable, no divulgaremos sus registros médicos o personales sin su consentimiento por escrito, excepto en la medida en que: lo soliciten los familiares; en caso de traslado del paciente a otra institución de atención médica; o lo exija la ley o un contrato de pago de terceros.

## Farmacia

En General: Nuestros farmacéuticos están autorizados a acceder a su historial de paciente cuando sea necesario para prestar servicios farmacéuticos.

Registros Farmacéuticos: Solo divulgaremos el contenido de sus registros farmacéuticos a las siguientes personas: usted, su tutor legalmente designado o cualquier persona a la que usted proporcione autorización por escrito; el médico autorizado que emitió la prescripción médica; un médico autorizado que lo esté tratando; un farmacéutico que le brinde servicios de farmacia; cualquier persona autorizada por citación, orden judicial o estatuto; cualquier individuo o entidad con la responsabilidad de proporcionar o pagar su atención médica; miembros o empleados del Consejo de Farmacéuticos; investigadores y encuestadores con la aprobación del Consejo; propietarios de la farmacia, incluidos sus agentes autorizados; entidades cubiertas o socios comerciales con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; y cualquier persona cuando el farmacéutico determine razonablemente que la divulgación es necesaria para proteger la vida o la salud de cualquier persona.

## Información Sensible

### Donación de Órganos:

- Una vez que remitimos a una persona a una organización de suministro, la agencia de suministro puede tener acceso a los registros médicos del donante para realizar un examen y garantizar su idoneidad médica.
- En caso de que usted se convierta en donante de órganos, su historia clínica se mantendrá separada y diferenciada del registro del receptor del trasplante.

### Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias:

- De ser aplicable, no divulgaremos su información confidencial salvo en la medida en que:
- Usted o su representante legal den su consentimiento por escrito;
- Determinemos que es mejor para usted revelar el hecho de la admisión o del alta a sus familiares más cercanos;
- Lo requiera un defensor del cliente en el desempeño de funciones de supervisión y defensa; siempre que el defensor que actúe a petición suya o de su representante legal cuente con su autorización por escrito para acceder a su información;
- Un tribunal emite una orden que obliga a la divulgación;
- Determinamos que lo mejor para usted es presentar una petición de internamiento involuntario o presentar una petición de declaración de incompetencia;
- Usted es acusado en un caso penal y el tribunal ordena un examen mental;
- Es necesario para su atención y tratamiento (por ejemplo, para realizar evaluaciones de calidad, actividades de pago, para obtener beneficios estatales, requerido para servicios médicos de urgencia, para proporcionar información al proveedor de atención médica remitente);

- Determinemos que existe un peligro inminente para usted o para otra persona y que existe la posibilidad de que se cometa un delito grave o un delito menor violento; o
- Sea requerido por la Secretaría para garantizar las actividades de control de calidad.
- Estamos obligados a facilitarle a usted o a su representante legal acceso a la información de su expediente, con la excepción de la información que pudiera ser perjudicial para su bienestar físico o mental.

Enfermedades Transmisibles: En caso de que tengamos motivos para sospechar que usted padece una enfermedad o condición transmisible, debemos comunicar dicha información al director local de salud. Además, debemos permitir que el Director Local de Salud o el Director Estatal de Salud examine, revise y obtenga una copia de los registros médicos o de otro tipo relacionados con dicha enfermedad o afección.

No divulgaremos su información sobre SIDA o enfermedades transmisibles sin el consentimiento por escrito de usted o de su representante legal, excepto en las siguientes circunstancias:

- La divulgación se realiza con fines estadísticos de manera que usted no pueda ser identificado;
- La divulgación sea necesaria para proteger la salud pública y se realiza conforme a las normas establecidas por la Comisión;
- La divulgación se realiza en virtud de una citación u orden judicial;
- La divulgación está permitida por la ley; o
- La divulgación se realiza de conformidad con cualquier ley que autorice o exija la divulgación de información relacionada con el SIDA.

Adicionalmente, no divulgaremos su información sobre el VIH salvo que la ley lo autorice o exija lo contrario.

## LEY DE TEXAS

### Todos los Proveedores

En General: La ley de Texas prohíbe específicamente la divulgación o venta de información médica sin el consentimiento claro e inequívoco del individuo, excepto cuando la divulgación sea para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, seguro o funciones de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization – HMO), o según lo exija la ley.

### Hospital

Historial Médico: Su información médica puede divulgarse sin autorización si la divulgación es: información del directorio, a un proveedor de atención médica que brinda atención médica al paciente, a un proveedor de servicios médicos de emergencia que lo transporta, a un posible proveedor de atención médica para asegurar los servicios, a un empleado o agente del hospital que requiera la información con fines educativos o de control de calidad y revisión por pares, a una agencia gubernamental federal, estatal o local, a un sucesor del hospital en interés, a la Cruz Roja Americana y según lo autorizado por la ley. La información de atención médica del paciente puede divulgarse sin autorización si la divulgación es información de directorio, a un proveedor de atención médica que brinda atención médica al paciente, a un proveedor de servicios médicos de emergencia de transporte, a un posible proveedor de atención médica para

asegurar los servicios, a un empleado o agente del hospital que requiera la información para fines educativos o de control de calidad y revisión por pares, a una agencia gubernamental federal, estatal o local, a un sucesor del hospital en interés, a la Cruz Roja Americana, y según lo autorizado por la ley.

### **Médico**

Historial Médico: No divulgaremos su información médica sin su consentimiento, excepto: en procedimientos judiciales o administrativos o si la ley exige la divulgación a una agencia gubernamental, al personal médico o encargado de hacer cumplir la ley para protegerlo de lesiones, al personal calificado para fines de investigación o auditoría, para el cobro de honorarios por servicios prestados, a una persona que tenga su consentimiento, a otro médico o al personal que actúe bajo la supervisión del médico que diagnosticó, evaluó o trató al paciente, o para una investigación legislativa oficial.

### **Agencia de Cuidados en el Hogar**

En General: No divulgaremos su información médica sin su consentimiento.

### **Hogar Geriátrico**

En General: No divulgaremos su información médica sin su consentimiento, excepto cuando lo requiera una transferencia a otra institución de atención médica, lo exija la ley, durante encuestas estatales, un contrato de pago con terceros o el residente.

### **Información Sensible**

Información sobre VIH /SIDA: Los resultados de una prueba de VIH/SIDA son confidenciales y no podrán divulgarse salvo a los proveedores que le brindan atención a usted, a su cónyuge si el resultado es positivo, a autoridades sanitarias específicas o según lo permita la ley.

Los hospitales y proveedores de atención médica pueden divulgar información sobre VIH/SIDA sin su consentimiento a autoridades de salud estatales y federales específicas, al personal que lo atiende o si lo exige la ley.

Enfermedades de Transmisión Sexual: Los resultados de una prueba de ETS son confidenciales y no pueden divulgarse excepto a los proveedores que lo atienden a usted, a su cónyuge si el resultado es positivo, a autoridades sanitarias específicas o según lo permita la ley.

Información Genética: No divulgaremos su información genética sin su consentimiento informado, excepto a usted, su médico, para fines de paternidad, orden judicial, identificación u otros motivos autorizados por la ley penal federal o estatal, identificación del difunto, para proporcionar información genética relacionada con un difunto si la divulgación se hace a los parientes consanguíneos del difunto para diagnóstico médico, uso por parte de los Servicios Humanos y de Salud de Texas o según lo permita la ley.

Información de Salud Mental: No divulgaremos su información de salud mental sin su consentimiento excepto, salvo en procedimientos judiciales o administrativos, de la siguiente manera: un profesional puede divulgar información condenatoria a una agencia gubernamental de Texas, a personal médico o encargado de hacer cumplir la ley, para auditorías y propósitos de evaluación, alguien con su consentimiento por escrito, a su representante personal, a individuos, corporaciones o agencias gubernamentales involucradas en el pago o cobro de honorarios por servicios de salud mental o emocional, a otros profesionales y personal o empleados que lo

estén evaluando y tratando, en una investigación legislativa oficial, o para satisfacer una solicitud de registros médicos si ha fallecido o es incompetente.

Violencia Doméstica, Abuso Sexual o Violación: No divulgaremos sus comunicaciones confidenciales con su defensor sobre su violencia doméstica, abuso sexual o violación sin su consentimiento, excepto al personal médico o encargado de hacer cumplir la ley si existe una probabilidad inminente de daño físico a un individuo o si existe una probabilidad de daño mental o emocional inmediato al sobreviviente.

Comunicaciones con su Psicólogo: Sus comunicaciones con su psicólogo son confidenciales y no se divulgarán sin su consentimiento, excepto a aquellos involucrados en su atención y tratamiento y según lo permita la ley.

## LEY DE WISCONSIN

### **Proveedores de atención médica (hospitales, farmacias, médicos, hospicio)**

En General: Podemos divulgar una parte, pero no una copia, de su historia clínica a las siguientes personas, bajo las siguientes circunstancias:

1. Si usted o su representante autorizado no están incapacitados, no están físicamente disponibles y aceptan la divulgación, podemos divulgar una parte de su historia clínica a cualquier persona;
2. Si usted o su representante autorizado están incapacitados o no están físicamente disponibles, o si una emergencia hace impracticable obtener su consentimiento o el de su representante autorizado, y se determina, en el ejercicio del juicio profesional de un proveedor de asistencia sanitaria, que la divulgación de una parte de su historial médico es en su mejor interés, podemos divulgar a:
  - a. Un miembro de su familia inmediata u otro de sus parientes, un amigo personal cercano o un individuo que usted haya identificado, esa parte de su registro que es directamente relevante para la participación del miembro, pariente, amigo o individuo en su atención médica; y
3. Cualquier persona, aquella parte que es necesaria para identificar, localizar o notificar a un miembro de la familia inmediata del paciente u otra persona que sea responsable de su atención con respecto a su ubicación, condición general o fallecimiento.

### **Hospital**

En General: No divulgaremos sus registros médicos originales excepto a personas legalmente autorizadas que actúen de acuerdo con una orden judicial, una citación emitida de conformidad con la ley de Wisconsin o de acuerdo con los servicios contratados, siempre que se tomen medidas para proteger el registro contra pérdida, desfiguración, manipulación y acceso no autorizado.

### **Agencia de Cuidados en el Hogar**

En General: De ser aplicable, no divulgaremos sus registros médicos sin su autorización, excepto en el caso de su traslado a un centro de atención médica.

### **Información Sensible**

Información sobre VIH/SIDA: No divulgaremos su información sobre VIH/SIDA sin su autorización

específica por escrito, excepto cuando la divulgación esté autorizada por ley. Un paciente de pago privado puede prohibir la divulgación de su información sobre VIH/SIDA a un investigador si el paciente de pago privado nos presenta anualmente una solicitud escrita y firmada para que se prohíba la divulgación.

Información sobre Salud Mental y Abuso de Sustancias: Solicitaremos su autorización por escrito para divulgar su información sobre salud mental y abuso de sustancias, excepto cuando la divulgación sin su consentimiento esté autorizada por ley.

Pruebas Genéticas: No divulgaremos su información genética sin su consentimiento previo, escrito e informado.

Enfermedades Venéreas/Transmisibles: Estamos obligados por ley a informar estas enfermedades a un funcionario de salud local o al epidemiólogo estatal y ellos deben mantener la información confidencial.

Comunicaciones con su Psicólogo: Las comunicaciones confidenciales con su psicólogo con fines de diagnóstico o tratamiento no pueden divulgarse sin su consentimiento a menos que la comunicación sea:

- relevante para procedimientos de hospitalización, tutela, servicios de protección o colocación de protección o para control, atención o tratamiento de una persona sexualmente violenta;
- relacionado con un examen ordenado por un juez;
- relevante para una cuestión de su condición física, mental o emocional en cualquier procedimiento en el que usted se base en la condición como elemento de un reclamo o defensa;
- relacionados directamente con los hechos o circunstancias inmediatas de un homicidio; o
- relacionado con un niño maltratado o abandonado o un feto maltratado.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DEL HOSPITAL**

La ley federal y estatal establece ciertos derechos y responsabilidades que usted tiene cuando recibe servicios de salud. AdventHealth está comprometida a hacer todo lo posible para proteger y defender sus derechos. Si tiene alguna pregunta o desea información adicional, incluyendo una copia del texto completo de las leyes de su estado con respecto a sus derechos y responsabilidades, por favor solicítelo. Sus derechos y responsabilidades incluyen:

### **Derechos Generales**

Usted tiene derecho a:

- Un intérprete si usted no habla inglés y si uno está disponible;
- Ser informado sobre las políticas de las instalaciones respecto a sus derechos durante el proceso de admisión o antes de discontinuar con su atención siempre que sea posible;
- No ser discriminado ni denegársele privilegios de visita por motivos de raza, etnicidad, color, origen nacional, religión, cultura, lenguaje, discapacidad física o mental, edad, estatus socioeconómico, sexo, orientación sexual, o identidad de género o expresión, diagnóstico o fuente de pago;
- Servicios religiosos y otros servicios espirituales;
- Acceder a los servicios de protección y defensa disponibles;
- Una respuesta razonable a su solicitud y necesidades de tratamiento o servicio, dentro de las capacidades y misión del hospital, y las leyes y regulaciones aplicables;
- Atención y tratamiento, en cumplimiento con la ley estatal y de conformidad con prácticas médicas y de enfermería sensatas y de calidad, en un entorno seguro, que sea competente y respetuoso, que reconozca la dignidad, valores culturales y personales, creencias y preferencias, y las creencias religiosas de una persona, y proporcionen privacidad personal en la medida de lo posible durante el desarrollo del tratamiento; y
- Que los bienes de su propiedad sean tratados con respeto.

### **Calidad de la Atención y Toma de Decisiones**

Usted tiene derecho a:

- Conocer el nombre, el número de teléfono y dirección de trabajo de la persona que supervisa sus servicios y cómo comunicarse con esa persona;
- Elegir el médico participante responsable de coordinar su atención;
- Conocer los nombres, estatus profesional, y experiencia del personal que le proporciona atención o tratamiento;
- Conocer las razones por las que se producen cambios en el personal que le proporciona atención o tratamiento;
- Ser informado de su estado de salud, incluyendo información completa en lenguaje accesible, sobre su condición y diagnóstico, tratamiento propuesto (incluida información sobre riesgos, beneficios, tratamientos alternativos y posibles complicaciones o efectos secundarios) y el pronóstico;
- Estar informado sobre los resultados de su cuidado, tratamiento y servicios, así como sobre los resultados no previstos;
- Que su dolor sea tratado de la forma más eficaz que sea posible;
- Comunicación efectiva de una manera adaptada a su edad, lenguaje y capacidad de comprensión, teniendo en cuenta cualquier impedimento de visión, habla, audición o cognitivo;

- Participar y tomar decisiones informadas sobre el desarrollo e implementación de su plan de atención;
- Excepto en caso de emergencias, proporcionar consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento, o ambos, y a que la atención se implemente sin demoras innecesarias;
- Solicitar o rechazar cualquier tratamiento, medicamento, prueba, o procedimiento, y ser informado de los riesgos y beneficios de su solicitud o negativa;
- Ser informado anticipadamente de manera inmediata y completa sobre cualquier cambio en su plan de atención, incluido el motivo de cualquier traslado dentro o fuera del hospital;
- Estar libre de toda forma de descuido, explotación, abuso (verbal, físico, mental o sexual), castigo corporal, reclusión involuntaria o acoso;
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento, impuesta por el personal como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia (las sujeciones o reclusiones sólo pueden utilizarse para garantizar la seguridad física inmediata de un paciente, de un miembro del personal o de otras personas y deberán detenerse lo antes posible);
- Hacer que cualquier restricción o reclusión legal permitida sea aplicada de forma segura por personal capacitado;
- Hacer que sus alegaciones, observaciones y presuntos casos de abandono, explotación y abuso, incluidas las lesiones de origen desconocido y la apropiación indebida de sus bienes, sean reportadas a las autoridades competentes, sobre la base de la evaluación que haga el hospital de los presuntos hechos o según lo exija la ley;
- Que un miembro de su familia o el representante que usted elija, y su propio médico, sean notificados prontamente sobre su admisión al hospital, su alta o su traslado, entendiendo que su médico de cabecera será notificado automáticamente, salvo que usted nos pida que no le notifiquemos automáticamente;
- Traer a cualquier persona o recibir visitas de su elección, incluyendo, pero sin limitarse a, un cónyuge, una pareja de hecho (incluyendo una pareja de hecho del mismo sexo), otro miembro de su familia, o un amigo, a las zonas accesibles al paciente del centro de atención de salud o del consultorio del proveedor, a menos que, al hacerlo, se ponga en peligro la seguridad, los derechos o la salud del paciente, de otros pacientes o del personal del centro o del consultorio, o esté contraindicado desde el punto de vista médico o terapéutico, así como el derecho a retirar o negar este consentimiento de visita en cualquier momento;
- Involucrar a su familia o a su sustituto en la toma de decisiones sobre su cuidado, tratamiento y servicio, de acuerdo con la ley y la regulación aplicable;
- Saber si las referencias a otros proveedores, son entidades en las cuales tenemos un interés financiero; y
- Recibir asistencia para obtener consultas con otro médico o profesional a su solicitud y a su costo.

### **Directivas Anticipadas y Delegados**

Usted tiene derecho a:

- Recibir información por escrito sobre su derecho a rechazar el cuidado, el tratamiento y los servicios, las directivas anticipadas, renunciar o retirar el tratamiento que lo mantiene en vida y retener los servicios de resucitación;
- Formular, revisar y modificar directivas anticipadas para que sean archivadas en el hospital, y hacer que el personal del hospital y los profesionales que proporcionan atención en el hospital cumplan con estas directivas, en la medida en que el hospital pueda, no pueda o no quiera seguir las directivas solicitadas;
- Ser remitido, si así lo solicita, a recursos de asistencia para la formulación de directivas anticipadas;

- No tener la existencia o la falta de una directiva anticipada que determine su derecho a acceder a la atención, el tratamiento y los servicios;
- Si así lo solicita, que se documente su voluntad respecto a la donación de órganos y que se respeten dicha voluntad dentro de los límites de la capacidad, la política, la ley y los reglamentos del hospital, entendiendo que, si no documenta sus deseos en relación con la donación de sus órganos, la ley establece qué miembros de su familia o sus sustitutos para la toma de decisiones pueden tomar esa decisión por usted tras su muerte;
- Nombrar un delegado para tomar decisiones de salud en su nombre, conforme lo permite la ley; y
- Que no se le niegue el derecho de acceso a una persona o agencia autorizada para actuar en su nombre para hacer valer o proteger sus derechos.

## **Investigación y Ensayos Clínicos**

Usted tiene derecho a:

- Recibir una explicación de la naturaleza, propósito, duración estimada, procedimientos que se seguirán y posibles consecuencias de cualquier investigación o procedimiento experimental antes de que la investigación o experimento se realicen y a proporcionar consentimiento informado previo y negarse a participar sin poner en peligro su acceso al cuidado, el tratamiento y los servicios no relacionados con la investigación;
- Recibir información sobre cuidados, tratamientos y servicios alternativos disponibles; y
- Ser informado cuando un médico lo considere parte de un programa de investigación de atención médica o programa de donantes, dar su consentimiento informado antes de participar en dicho programa y, en cualquier momento, negarse a continuar en cualquiera de dichos programas.

## **Finanzas**

Usted tiene derecho a:

- Recibir nuestros procedimientos generales de facturación;
- Recibir, previa solicitud y antes del inicio de la atención o el tratamiento, un estimado de los cargos por la atención médica que no sea de emergencia, incluidos los deducibles y los copagos no cubiertos por un tercero pagador, con base en la información de cobertura proporcionada por usted o su representante; y
- Independientemente de la fuente de pago, examinar y recibir una explicación razonable de su factura total por los servicios de atención médica prestados por su médico u otro proveedor de atención médica, incluyendo un detalle de los cargos por los servicios específicos de atención médica recibidos.

## **Privacidad y Confidencialidad**

Usted tiene derecho a:

- Privacidad personal y confidencialidad en la atención médica (puede ser renunciada por escrito);
- Dar su consentimiento antes de que se tomen grabaciones o imágenes suyas y se compartan con otros;
- La privacidad personal y la confidencialidad de sus registros personales y comunicaciones escritas, incluido el derecho a enviar y recibir correo a la mayor brevedad posible;
- Confidencialidad de sus registros clínicos, salvo que la ley disponga lo contrario; y
- Tras solicitud verbal o escrita, acceder, solicitar modificaciones y obtener información sobre las revelaciones que se hayan hecho de la información contenida en sus registros clínicos, dentro de un plazo razonable en una forma o formato solicitado si está fácilmente disponible y si no, en una copia impresa legible u otra forma o formato que usted y AdventHealth acuerden.

## **Quejas**

Usted y su familia tienen derecho a:

- Ser informados sobre los procedimientos de reclamos y el derecho a presentar reclamos, ya sea oralmente o por escrito, sin temor a discriminación o represalias, y que sean investigados por su proveedor dentro de un período de tiempo razonable;
- Recibir el nombre, la dirección comercial y el número de teléfono de la persona que atenderá cualquier reclamo o pregunta sobre los servicios que se le proporcionan a usted;
- Recibir una notificación por escrito de la dirección y el número de teléfono de la autoridad de licencias en su estado, que tiene la responsabilidad de otorgar licencias a su proveedor e investigar las quejas respecto a las regulaciones sobre licencias; y
- Previa solicitud por escrito, obtener una copia del informe más reciente de inspección de licencia.

## **Responsabilidad del Paciente**

El paciente será responsable por:

- Comunicar a su proveedor respecto de cualquier cambio en su condición o cualquier evento que afecte sus necesidades de servicio;
- Hacer preguntas o reconocer cuando no entienda el curso del tratamiento o la decisión de cuidado;
- Seguir las instrucciones, políticas, normas y reglamentos vigentes para apoyar el cuidado de calidad para los pacientes y un entorno seguro para todas las personas en el hospital;
- Apoyar la consideración y el respeto mutuos manteniendo un lenguaje y una conducta civilizados en las interacciones con el personal y los profesionales independientes autorizados; y
- Cumplir con sus obligaciones financieras.

## **Pacientes de Carolina del Norte**

Si usted es un paciente en Carolina del Norte, usted también tiene derecho a:

- Tratamiento médico y de enfermería que evite molestias físicas y mentales innecesarias y que no se dupliquen los procedimientos médicos y de enfermería según lo determine el médico tratante;
- Designar visitantes que recibirán los mismos privilegios de visita que los miembros de su familia inmediata, independientemente de si los visitantes están legalmente relacionados con usted;
- No ser despertado por el personal del hospital a menos que sea médicamente necesario;
- Ser transferido a otras instalaciones, previa solicitud, y siempre que sea médicamente permitido;
- Al ser dado de alta, ser informado sobre sus necesidades de atención médica continua después del alta y la forma de cumplirlas; y
- Información completa y asesoramiento sobre la disponibilidad de los recursos financieros conocidos para su atención médica.

## **Menores de Edad en Texas**

Si usted es un paciente menor de edad en Texas, usted también tiene derecho a:

- Tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible;

- No recibir medicación innecesaria o excesiva;
- Un plan de tratamiento individualizado y a participar en el desarrollo del plan;
- Un ambiente de tratamiento humano que brinde protección razonable contra daños y privacidad adecuada para necesidades personales;
- Ser separado de los pacientes adultos; y
- Comunicación regular entre usted y su familia.

## Responsabilidad del Paciente

Usted tiene la responsabilidad de:

- Comunicar a su proveedor sobre cualquier cambio en su condición o sobre cualquier evento que afecte sus necesidades de servicio.

## Inquietudes o Quejas

Su satisfacción es importante para nosotros. Si tiene alguna inquietud o una queja, por favor permita que la persona responsable de su atención, o su supervisor, tenga la oportunidad de escuchar, revisar y ayudarlo con una resolución adecuada. Si su queja no se resuelve, por favor solicite hablar con el administrador del departamento, el director, o el supervisor. Si su inquietud no puede resolverse mediante el proceso de AdventHealth indicado, por favor permita a las instalaciones la oportunidad de tratar su reclamo.

Georgia	Información de Contacto de las Instalaciones
AdventHealth Gordon 1035 Red Bug Road Calhoun, GA 30701	Línea de Reclamos del Paciente ( <i>Patient Grievance Line</i> ) 706-602-7800, ext. 2568
AdventHealth Murray 707 Old Dalton Ellijay Road Chatsworth, GA 30705	Línea de Reclamos del Paciente ( <i>Patient Grievance Line</i> ) 706-602-7800, ext. 2568
AdventHealth Redmond 501 Redmond Road Rome, GA 30165	Defensor del Hospital ( <i>Hospital Advocate</i> ) 706-802-3950 O Director de Calidad ( <i>Quality Director</i> ) 706-236-4969
Kansas	
AdventHealth Ottawa 1301 Main Street Ottawa, KS 66067	Director Médico ( <i>Chief Clinical Officer</i> ) 785-229-8312
AdventHealth Shawnee Mission 9100 West 74 <sup>th</sup> Street Shawnee Mission, KS 66204	Defensor del Paciente ( <i>Patient Advocate</i> ) 913-676-2155
AdventHealth South Overland Park 7840 W 165 <sup>th</sup> Street Overland Park, KS 66223	Defensor del Paciente ( <i>Patient Advocate</i> ) 913-676-2155
AdventHealth Lenexa 23401 Prairie Star Parkway Lenexa, KS 66227	Defensor del Paciente ( <i>Patient Advocate</i> ) 913-676-2155
Kentucky	

AdventHealth Manchester 210 Marie Langdon Drive Manchester, KY 40962	Coordinador de la Experiencia del Paciente ( <i>Patient Experience Coordinator</i> ) 606-598-5104 ext. 3183
<b>Carolina del Norte</b>	
AdventHealth Hendersonville 100 Hospital Drive Hendersonville, NC 28792	Servicio al Cliente/Manejo de Casos/ Supervisor del Hospital ( <i>Customer Service/Case Management/Hospital Supervisor</i> ) 828-684-8501
<b>Texas</b>	
AdventHealth Central Texas 2201 South Clear Lake Road Killeen, TX 76549  AdventHealth Rollins Brook 608 North Key Avenue Lampasas, TX 76550	Departamento de Defensa del Paciente ( <i>Patient Advocate Department</i> ) 254-519-8553 O Número TTY: 877-746-4674
Texas Health Huguley 11801 South Freeway Burleson, TX 76028	Defensor del Paciente ( <i>Patient Advocate</i> ) 817-551-2495
Texas Health Mansfield 2300 Lone Star Road Mansfield, TX 76063	Defensor del Paciente ( <i>Patient Advocate</i> ) 817-551-2495
<b>Wisconsin</b>	
AdventHealth Durand 1220 Third Avenue, West Durand, WI 54736	Administración ( <i>Administration</i> ) 715-672-4211

Adicionalmente, si su inquietud no se ha resuelto, puede comunicarse con el equipo de Gestión de Riesgos Corporativos (*Corporate Risk Management*) de AdventHealth, 407-357-2290, 900 Hope Way, Altamonte Springs, Florida 32714. La mayoría de los problemas se resolverán en 30 días o menos.

Las siguientes agencias estatales pueden ser contactadas:

Estado/Instalación	Agencia de Licencias	Agencia de Acreditación
<b>Georgia</b> AdventHealth Gordon 1035 Red Bug Road Calhoun, GA 30701  AdventHealth Murray 707 Old Dalton Ellijay Road Chatsworth, GA 30705  AdventHealth Redmond 501 Redmond Road Rome, GA 30165	<b>Oficina de Servicios Regulatorios de Georgia</b> ( <i>Georgia Office of Regulatory Services</i> ) Two Peachtree St., NW Atlanta, GA 30303-3142	<b>Comisión Conjunta (<i>Joint Commission</i>):</b> <u>Online:</u> <a href="https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/report-a-patient-safety-concern-or-complaint/">https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/report-a-patient-safety-concern-or-complaint/</a>  <u>Correo:</u>  Imprima el formulario como se indica más arriba y envíelo por correo a:  Oficina de Control de Calidad ( <i>Office of Quality Monitoring</i> ) La Comisión Conjunta ( <i>The Joint Commission</i> ) One Renaissance Boulevard Oakbrook Terrace, IL 60181

<p><b>North Carolina</b> AdventHealth Hendersonville 100 Hospital Drive Hendersonville, NC 28792</p> <p>AdventHealth Polk 101 Hospital Dr, Columbus, NC 28722</p> <p><b>Texas</b> AdventHealth Central Texas 2201 South Clear Lake Road Killeen, TX 76549</p> <p>AdventHealth Rollins Brook 608 North Key Avenue Lampasas, TX 76550</p> <p>Texas Health Huguley 11801 South Freeway Burleson, TX 76028</p> <p>Texas Health Mansfield 2300 Lone Star Road Mansfield, TX 76063</p> <p><b>Kansas</b> AdventHealth Ottawa 1301 Main Street Ottawa, KS 66067</p> <p>AdventHealth Shawnee Mission 9100 West 74th Street Shawnee Mission, KS 66204</p> <p>AdventHealth South Overland Park 7840 W 165th Street Overland Park, KS 66223</p> <p>AdventHealth Lenexa 23401 Prairie Star Parkway Lenexa, KS 66227</p> <p><b>Wisconsin</b> AdventHealth Durand 1220 Third Avenue, West Durand, WI 54736</p>	<p><b>División de Servicios de Salud de Carolina del Norte (N.C. Division of Health Services)</b> 800-624-3004</p> <p><b>Departamento de Servicios Humanos y de Salud de Texas (Texas Department of Health and Human Services)</b> 1100 West 49<sup>th</sup> Street Austin, TX 78756</p> <p><b>Departamento de Salud de Kansas (Kansas Department of Health)</b> 1000 SW Jackson, Suite 540 Topeka, KS 66612</p> <p><b>Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin (Wisconsin Department of Health)</b> 1 West Wilson Street Madison, WI 53703</p>	
---	--	--

<b>Kentucky</b> AdventHealth Manchester 210 Marie Langdon Drive Manchester, KY 40962	<b><i>Gabinete de Salud y Servicios Familiares de Kentucky (Kentucky Cabinet for Health and Family Services)</i></b> 275 East Main Street, 5E-A Frankfort, KY 40621	
---	---	--

# Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un centro de la red, incluyendo un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, está amparado contra la facturación del saldo. En estos casos, no deben cobrarle más que los copagos, el coaseguro y/o el deducible de su plan.

## ¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta un médico u otro proveedor de atención médica, puede adeudar determinados [gastos de bolsillo](#) como un [copago](#), [coaseguro](#) o [deducible](#). Puede tener costos adicionales o que pagar toda la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está incluido en la red de su plan médico.

"Fuera de la red" se refiere a proveedores y centros de salud que no han celebrado un contrato con su plan médico para prestarle servicios. Los proveedores fuera de la red podrían estar autorizados a facturarle a usted la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que ellos cobran por un servicio. Esto se llama "**facturación del saldo**". Este monto probablemente sea mayor que los costos dentro de la red del mismo servicio y podrían no contar para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o programa una visita en un centro de la red, pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

## Usted está protegido contra la facturación del saldo por:

### **Servicios de emergencia**

Si usted tiene una afección de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red lo máximo que le pueden facturar es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coaseguro y deducibles). **No** le pueden facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo de los servicios posteriores a la estabilización.

*Consulte a continuación información con respecto a la legislación de Georgia.*

### **Algunos servicios en un centro dentro de la red, incluido un centro quirúrgico hospitalario o ambulatorio**

Cuando recibe servicios en un centro dentro de la red, incluyendo un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, es posible que algunos proveedores que trabajan allí no estén dentro de la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores le pueden facturar es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistencia quirúrgica, médicos de hospital o intensivistas. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo a usted y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores dentro de la red **no pueden** facturarle a usted el saldo, salvo que usted otorgue su consentimiento por escrito para renunciar a sus amparos legales.

**Nunca se le pedirá que renuncie sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco se le pedirá que reciba atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.**

*Consulte a continuación información con respecto a la legislación de Georgia.*

**Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene estas protecciones:**

- Usted solamente es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coaseguro y deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan médico debe:
  - Cubrir servicios de emergencia sin requerir que usted obtenga antes la aprobación para los servicios (también conocido como "autorización previa").
  - Cubrir servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
  - Calcular lo que usted debe al proveedor o centro (costo compartido) en función de lo que pagaría en un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en la explicación de beneficios.
  - Contabilizar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para alcanzar el deducible dentro de la red o el límite de gastos de bolsillo.

**Legislación de Florida:** La legislación de Georgia generalmente contiene protecciones contra la facturación de saldo similares a las de la Ley Sin Sorpresas (como se describe en este aviso), para personas inscritas en planes comerciales, como planes de proveedor preferido ("PPO") y planes de organización de mantenimiento de la salud ("HMO"). Si tiene uno de estos planes, Georgia también extiende las protecciones contra la facturación de saldo a servicios de emergencia y no emergencia cubiertos proporcionados por centros de partos participantes, centros de tratamiento y diagnóstico, hospicios o instituciones similares. Si no está seguro si tiene uno de estos planes, revise su tarjeta de seguro, llame a su aseguradora o comuníquese con AdventHealth Patient Financial Services at 800-347-5281.

**Si cree que se le facturó indebidamente,** comuníquese con la Mesa de Ayuda Sin Sorpresas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al 1-800-985-3059, que es la autoridad responsable de hacer cumplir las leyes federales de protección contra la facturación de saldos o sorpresa. El número de teléfono federal para información y quejas es: 1-800-985-3059. Visite [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers) para obtener más información sobre sus derechos conforme a la legislación federal.

**Si tiene un plan PPO y HMO y cree que su proveedor de atención médica le facturó incorrectamente,** puede presentar una queja a la División de Protección al Consumidor de Georgia al (404) 651-8600 o en <https://consumer.georgia.gov/resolve-your-dispute/how-do-i-file-complaint/consumer-complaint-form#noback>. Si cree que su aseguradora le envió una factura indebida por su plan de salud, puede presentar una queja ante la Office of Commissioner of Insurance and Safety Fire enviando un email a [consumercomplaints@oci.ga.gov](mailto:consumercomplaints@oci.ga.gov) o visitando <https://oci.georgia.gov/insurance-resources-complaints-fraud>.

# AdventHealth Hospital Discounted Care Disclosure

## Son Tú Elegible para con descuento ¿Cuidado? Su Derechos como a Paciente Bajo Hospital con descuento Cuidado

Si tú necesidad ayuda pago a hospital factura, tú poder ver si tú calificar para con descuento cuidado. Tú poder llamar el hospital al 855-241-2455 (855-AH1-BILL) a colocar arriba un cita a ver si tú calificar.

### Descripción general:

- Tú puede calificar para con descuento cuidado si su ingreso es bajo.
- Si tú calificar:
  - Hospitales y proveedores debe límite su facturas.
  - Tú debe ser ofrecido a pago plan basado en su ingreso.
- Tú puede aún calificar incluso si tú:
  - Son no a ciudadano.
  - Son un inmigrante.

### Su Derechos

- Bajo el nuevo ley tú tener el bien a:
  - Controlar a ver si tú calificar para con descuento cuidado.
  - Controlar a ver si tú calificar para público salud cuidado cobertura.
  - Ser dado a pago plan si [tú calificar](#).

### Resumen de Nuevo Ley, a partir de Septiembre 1, 2022

- Si su bruto familiar ingreso es [en o abajo 250% de el federal pobreza nivel](#):
  - Tú puede ser capaz a conseguir descuentos en su salud servicios.
  - Tú tener el bien a a pago plan basado en su ingreso.
  - A ver si su familiar ingreso califica tú puede preguntar el hospital dónde tú recibió cuidado o Visita: <https://hcpf.colorado.gov/colorado-hospital-discounted-care>
- Tú poder conseguir información en su primario idioma acerca de su derechos.
- Para más información ir a: <https://hcpf.colorado.gov/colorado-hospital-discounted-care>.

### Nuevo Ley Acerca de Facturas de Hospital

- El mayoría a hospital poder factura para a servicio es colocar por el Departamento de Salud Cuidado Política y Financiación.
- El hospital debe romper el factura en mensual cargos.
  - Su mensual factura no puedo ser más que 4% de su mensual ingreso.
- Tú puede ser facturado por a proveedor OMS obras en el hospital.
- El del proveedor mensual factura no puedo ser más que 2% de su mensual ingreso.
- Tú hacer no deber cualquier más dinero
  - Una vez tú hacer 36 pagos, o
  - Pagar el lleno cantidad pendiente en su pago plan.

## Público Salud Cobertura y Descuentos

- Si tú hacer NO tener salud seguro:
  - El hospital debe ver si tú son elegible para el siguiente:
    - Cobertura sanitaria pública y programas de descuento, como Health First Colorado, Child Health Plus (CHP+), Medicaid de emergencia, Programa de Atención a Indigentes de Colorado (CICP) y descuentos hospitalarios
      - Estos poder cubrir todo o mayoría de su salud cuidado facturas.
- Si tú tener salud seguro:
  - Tú tener el bien a tener su elegibilidad comprobado para descuentos.
  - Tú debe preguntar a ser comprobado para elegibilidad para descuentos y público salud cobertura programas.

El hospital debe controlar a ver si tú calificar dentro 45 días de cuando tú recibió el servicio o preguntar a ser examinado.

Tú puede rechazar a ser Proyectado. Si tú rechazar a ser examinado, tú puede perder su bien a llevar legal acción contra el hospital y los proveedores por:

- No de cheques a ver si tú calificar para programas, o
- No donación tú descuentos.

## Factura Recopilación Bajo Hospital con descuento Cuidado

- Antes envío su factura a colecciones, a hospital o proveedor OMS obras en el hospital debe:
  - Hacer qué es listado arriba.
  - Dar tú a pago plan si tú son elegible.
  - Explicar todo el servicios y honorarios en su factura en su primario idioma.
  - Factura su seguro (si tú tener seguro).
  - Notificar tú ellos puede enviar tú a colecciones.
- Si su factura es enviado a colecciones sin haciendo todo el pasos listado arriba, tú poder llevar legal acción.

## Decisión y Apelaciones

- El hospital debe notificar tú de el decisión dentro 14 días de completando un solicitud.
- Cómo a apelar el decisión.
  - Un apelar sucede cuando tú hacer no aceptar con a decisión.
  - Tú preguntar para su caso a ser revisado para errores.
  - [Tú tener 30 días](#) de el fecha el hospital dio tú el decisión a archivo un apelar.
  - [Para más](#) información en cómo a apelar visita [https://hcpf.colorado.gov/hospital- atención médica con descuento](https://hcpf.colorado.gov/hospital-atención-médica-con-descuento) o llamar 1-800-221-3943.

## Quejas

- Tú poder archivo a queja si tú sentir eso cualquier de su derechos listado arriba tener no estado se reunió.
- Quejas poder ser archivado con el hospital o proveedor.
- Quejas poder también ser archivado con el Departamento de Salud Cuidado Política y Financiación.
  - [A archivo a queja con el Departamento](#), contacto 303-866-2580 o [hcpf\\_HospDiscountCare@state.co.us](mailto:hcpf_HospDiscountCare@state.co.us).

Paciente Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Asegurado o Paciente Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de serie: \_\_\_\_\_

AFFIX PATIENT LABEL

OFICINA USAR SOLO: Por favor proporcionar a Copiar de este forma a el paciente y escanear a Hospital con descuento Cuidado Divulgación en Épico.

## ***Instrucciones por anticipado – Advance Directives - Spanish***

### ***La importancia de explicar su voluntad – Making Your Wishes Known***

Es de vital importancia para los proveedores de cuidados médicos a su cargo y para los familiares suyos saber qué es lo más importante para usted y así poder cumplir sus deseos. Las **Instrucciones por anticipado** son una guía para que otras personas tomen decisiones médicas sobre usted si usted se viera imposibilitado de expresarlas por sí mismo. Este paquete contiene información general y la planilla que debe de completar para dar las Instrucciones por anticipado, que incluye un formulario de Asignación de un sustituto para el cuidado de su salud y un testamento vital.

#### **¿Qué debo de hacer cuando termine de rellenar el formulario de Instrucciones por anticipado?**

- Es muy importante que usted hable de sus deseos sobre su cuidado médico con el sustituto que va a tomar decisiones sobre la salud suya, con su familia y con los proveedores de cuidados médicos para que estos puedan cumplir sus deseos.
- Entrégueles copias de este formulario a su sustituto, sus doctores, enfermeros, cuidadores, familiares y amistades, según sea apropiado.
- Conserve usted una copia que otra persona pueda encontrar fácilmente.
- Considere la posibilidad de revisar estos formularios cada cierto tiempo y si surgiera cualquier evento importante de salud, porque puede que desee hacer cambios.

#### **¿Y si cambio de manera de pensar?**

- Usted puede cambiar de manera de pensar en cualquier momento.
- Los deseos que usted exprese verbalmente se tienen que cumplir aun si son diferentes a los que reflejan los formularios.
- Si cambia de manera de pensar sobre sus deseos y necesita actualizar al sustituto que va a tomar decisiones sobre su salud, es mejor que llene un formulario nuevo para el equipo médico.

**Por favor, hable con su doctor, consejero religioso o abogado si tiene alguna otra pregunta.**

El **Sustituto que va a tomar decisiones sobre la salud suya** es alguien en quien usted confía y que usted ha nombrado para tomar decisiones médicas si usted está muy enfermo para tomarlas por sí mismo, o si usted sí puede tomar decisiones pero prefiere que su sustituto tome las decisiones en su nombre. Su sustituto para este fin debe de tomar las decisiones basándose en el testamento vital suyo. En algunos casos, se le pedirá al sustituto que tome decisiones de acuerdo a lo que sea mejor para usted. Con frecuencia, los miembros de la familia son una buena opción, pero no siempre.

#### **Al escoger al sustituto para tomar decisiones sobre la salud suya debe considerar:**

- Que la persona tenga 18 años de edad o más y sea capaz para tomar decisiones.
- Que sea alguien que comprenda sus valores personales, sociales y espirituales y que va a defenderle a usted.
- Que sea alguien que va a cumplir y defender los deseos de usted aunque estos sean diferentes a los de él/ella.
- Que sea alguien que va a estar disponible y puede trabajar bien con el equipo médico.
- Que sea alguien que puede manejar situaciones familiares estresantes.

#### **¿Qué sucede si no escojo un sustituto que tome decisiones sobre mi salud?**

Si usted se encontrara muy enfermo para tomar sus propias decisiones y no ha nombrado un sustituto para este fin, su familiar más cercano será el que tome las decisiones, que van a incluir los siguiente, en orden de prioridad:

1. Cónyuge
2. Hijos adultos
3. Progenitores
4. Hermanos mayores de edad
5. Familiares mayores de edad
6. Una amistad cercana (con una declaración jurada autenticada por un notario)

Patient Label

# Formulario para nombrar un sustituto que tome decisiones sobre su salud

## Designation of Health Care Surrogate Form – Spanish

En caso de que yo, (nombre completo) (I, Full Name) \_\_\_\_\_, no tenga capacidad para tomar decisiones sobre atención médica, nombro como mi **sustituto para tomar decisiones sobre mi salud a:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name: Nombre de pila (First Name) Apellido (Last Name) # de teléfono (Telephone #)

**Dirección (Address):** \_\_\_\_\_

Si mi sustituto para tomar decisiones médicas sobre mi salud no deseara o no pudiera ejercer esta función, nombro como mi **sustituto para este fin a:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name: Nombre de pila (First Name) Apellido (Last Name) # de teléfono Telephone #

**Dirección (Address):** \_\_\_\_\_

La autoridad de mi sustituto para tomar decisiones médicas en mi nombre entrará en efecto cuando mi doctor determine que yo no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones médicas.

**Opcional:** También tengo la opción de escoger que la autoridad de mi sustituto para tomar decisiones sobre mi salud entre **en efecto inmediatamente** aun cuando yo esté capacitado si pongo mis iniciales en cualquiera de las siguientes casillas, o en ambas:

**DEBO de poner mis iniciales:**

\_\_\_\_\_ Mi sustituto para tomar decisiones sobre mi salud tiene autoridad para recibir información médica sobre mi salud mientras yo esté capacitado.  
*Iniciales (Initials)*

\_\_\_\_\_ Mi sustituto para tomar decisiones sobre mi salud tiene autoridad para recibir información médica sobre mi salud aun mientras yo  
*Iniciales (Initials)* esté capacitado. Sin embargo, cualquier indicación o decisión sobre mi salud que yo tome verbalmente o por escrito, reemplazará cualquier indicación o decisión sobre mi salud que mi sustituto para decisiones médicas tome mientras yo sea capaz de hacerlo.

Instrucciones o restricciones específicas: \_\_\_\_\_  
Specific instructions or restrictions:

**Autorizo a mi sustituto para tomar todas las decisiones sobre mi salud en mi nombre, lo cual quiere decir que él/ella tiene autoridad para:**

- Brindar consentimiento informado, negar el consentimiento o retirar consentimiento sobre cualquier cuidado de mi salud, incluso procedimientos que me prolonguen la vida.
- Tener acceso a información sobre mi salud que sea necesaria dentro de lo razonable para que el sustituto tome decisiones relacionadas con la atención médica que voy a recibir y para solicitar beneficios en nombre mío.
- Solicitar beneficios privados, públicos, gubernamentales o para veteranos en mi nombre para sufragar el costo de mis cuidados médicos.
- Decir la donación de órganos.

**Mi firma** (My signature): \_\_\_\_\_ **Fecha** (Date): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora** (Time): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**1.º testigo (necesario)** (1st Witness required)

\_\_\_\_\_  
**2.º testigo (necesario)** (2nd Witness required)

**Firmas de los testigos:** Se necesitan dos. El sustituto suyo para tomar decisiones sobre su salud **no puede** firmar como testigo. Solo uno de los testigos puede ser un familiar suyo o su cónyuge. No tiene necesidad de un notario.

☐ Teléfono

O ☐ Video

Firma del empleado calificado / intérprete (Marcar) Imprimir nombre del empleado calificado / intérprete  
Qualified Staff / Interpreter Signature (Check) Print Qualified Staff / Interpreter Name

Número de identificación  
ID Number

Idioma interpretado  
Language Interpreted



## INFORMACIÓN SOBRE EL TESTAMENTO VITAL – LIVING WILL INFORMATION - Spanish

El **testamento vital** le permite al equipo que se ocupa de su atención médica, su familia y otros saber cuáles son sus deseos sobre tratamiento de soporte vital y cómo aplicarlos a sus cuidados médicos. Los **tratamientos de soporte vital** se usan cuando la persona está muy enferma. Dichos tratamientos con frecuencia ayudan, pero en algunos casos solo causan más sufrimientos y prolongan el proceso de morir. La diferencia entre prolongar la vida y prolongar el sufrimiento depende de su convicción sobre cuándo merece la pena seguir vivo. Cuando usted está tan enfermo que puede morir en corto plazo con frecuencia no puede expresarse. Esta parte le ayuda a tener una “voz” sobre su cuidado cuando usted no puede hacerlo.

Los tratamientos de soporte vital pueden incluir, solo a título enunciativo, **medicinas, cirugía, procedimientos invasivos** tales como:

- **Intubación con una máquina para respirar o ventilación:** cuando se coloca un tubo por la boca hasta los pulmones o un tubo por la tráquea en el cuello de modo que una máquina bombee aire a sus pulmones y le ayude a respirar.
- **Alimentación artificial:** incluye una sonda nasogástrica o nutrición parenteral total (nutrición por IV) si no le es posible tragar.
- **Administración de fluidos por vía intravenosa:** para hidratar y administrar medicamentos
- **Transfusiones de sangre** para proveerle sangre o productos sanguíneos por la vena
- **Diálisis máquina** que purifica la sangre si los riñones han dejado de funcionarle

## FORMULARIO DE TESTAMENTO VITAL – LIVING WILL FORM - Spanish

Si estuviera muy enfermo, mi deseo es el siguiente: (Poner sus iniciales **YA SEA** en la sección I o bien en la II a continuación)

**Sección I. No deseo** ningún tratamiento de soporte vital si me encontrara en: (Poner sus iniciales en todas las que apliquen)

\_\_\_\_\_ **Un estado vegetativo persistente:** un estado comatoso permanente, lo que significa que usted no puede interactuar  
Iniciales (initials) con el mundo y no puede actuar de manera voluntaria ni puede pensar racionalmente.

\_\_\_\_\_ **Etapas finales:** un estado irreversible que causa empeoramiento severo y una disminución permanente de  
Iniciales (initials) la salud donde los tratamientos probablemente no van a funcionar.

\_\_\_\_\_ **Enfermedad terminal:** un padecimiento del que lo más probable es que no se recupere y se anticipa que cause  
Iniciales (initials) la muerte sin tratamiento.

**Sí quiero** \_\_\_\_\_ (iniciales) (initials) o **no quiero** \_\_\_\_\_ (iniciales) (initials) que me alimenten o me hidraten artificialmente por sonda nasogástrica o de manera intravenosa si solo va a servir para prolongar artificialmente el proceso de morir.

A propósito y voluntariamente hago saber que mi deseo es que no me prolonguen la vida artificialmente de acuerdo a la circunstancia que he inicialado arriba. Pido que me permitan morir de manera natural y que solo me administren medicamentos o lleven a cabo procedimientos médicos necesarios para brindarme cuidados paliativos o aliviar el dolor

O

**Sección II.**

\_\_\_\_\_ **Sí quiero hacer la prueba** con los tratamientos de soporte vital que mi doctor estime que me pueden ayudar. Si los  
Iniciales (initials) tratamientos **no funcionan** y hay poca esperanza de mejoría, **no deseo** estar conectado a una maquina de soporte vital.

Instrucciones adicionales (Opcional) (Additional instructions): \_\_\_\_\_

**Pido por este medio que mi familia y mi equipo médico cumplan con mi testamento vital y acepto las consecuencias de mi decisión. Estoy pensando con claridad.**

**Mi firma** (My signature): \_\_\_\_\_ **Fecha** (Date): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora** (Time): \_\_\_\_\_

**1.º testigo (necesario)** (1st Witness required) \_\_\_\_\_

**2.º testigo (necesario)** (2nd Witness required) \_\_\_\_\_

**Firmas de los testigos:** Se necesitan dos. El sustituto suyo para tomar decisiones sobre su salud **no puede** firmar como testigo. Solo uno de los testigos puede ser un familiar suyo o su cónyuge. No tiene necesidad de un notario.

☐ Teléfono

O ☐ Video

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado calificado / intérprete (Marcar)  
Qualified Staff / Interpreter Signature (Check)

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre del empleado calificado / intérprete  
Print Qualified Staff / Interpreter Name

\_\_\_\_\_  
Número de identificación  
ID Number

\_\_\_\_\_  
Idioma interpretado  
Language Interpreted



**INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE RESPECTO A SUS DESEOS DE COMPARTIR CON SU EQUIPO DE CUIDADOS DE LA SALUD Y SUSTITUTO PARA TOMAR DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD / FAMILIA**

**ADDITIONAL IMPORTANT INFORMATION REGARDING YOUR WISHES TO SHARE WITH YOUR HEALTH CARE TEAM AND HEALTH CARE SURROGATE / FAMILY**

**Un testamento vital NO es una orden de “No reanimar” [DNR, por sus siglas en inglés]**

Si usted no desea recibir reanimación cardiopulmonar (CPR) en caso de que sufra un paro cardíaco o respiratorio, necesitará hablar con su doctor para pedir una orden de “No reanimar” (DNR) (permitir la muerte natural). Se necesita una “orden de DNR” en específico para hacerle saber al equipo médico cómo tratarle a usted en el caso de que su corazón y/o sus pulmones dejen de funcionar. Ello no significa “No tratar” antes de que su corazón/pulmones hayan parado. Si usted es un paciente, va a recibir los cuidados y tratamientos que su doctor recomiende y usted haya aprobado. Por favor, hable con su proveedor de cuidados médicos sobre su padecimiento médico actual, así como los beneficios y daños de cada opción de tratamiento.

**Reanimación cardiopulmonar (CPR)** es un intento de restaurar la función cardíaca y pulmonar si su corazón o sus pulmones dejaron de funcionar. CPR puede incluir:

- Compresiones del pecho - presionar el pecho fuertemente con un movimiento repetitivo para tratar de mantener el flujo sanguíneo
- Desfibrilación - corrientes eléctricas para tratar de que el corazón vuelva a funcionar
- Medicinas intravenosas
- Intubación con una máquina para respirar o ventilación

Si el CPR resulta exitoso, normalmente le tendrán en una unidad de cuidados intensivos con una máquina para respirar y sometido a otros tratamientos, de ser necesario.

Si decide que no desea recibir CPR en caso de fallo cardíaco y/o respiratorio, usted (o su sustituto para tomar decisiones sobre su salud o su familiar más cercano, en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas) tendrá que firmar una orden de “No reanimar” (DNR) por separado. Hay dos tipos de formularios de DNR, los específicos de un hospital y el que usted prepara por cuenta propia. Su proveedor de cuidados de la salud le puede dar más información sobre cuál es el formulario de DNR más apropiado de acuerdo a sus deseos.

Si usted está ingresado en un hospital, hable con su doctor para completar una orden de NO REANIMAR.

Si usted lo va a preparar por cuenta propia, puede descargar e imprimir el formulario de NO REANIMAR del Estado de la Florida. Puede obtener el formulario a través de <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/do-not-resuscitate/index.html>. Puede imprimir dicho formulario en papel amarillo y usted y su doctor lo firman para que lo cumplan los servicios médicos de emergencia de su comunidad.



## Patient Nondiscrimination in Health Care Services Affordable Care Act Section 1557

AdventHealth complies with all applicable federal civil rights laws, including Section 1557 of the Affordable Care Act (Section 1557). AdventHealth does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability or sex (consistent with the scope of sex discrimination described in 45 CFR § 92.101(a)(2)).

In compliance with Section 1557 and other federal civil rights laws, we provide individuals the following in a timely manner and free of charge:

**Language assistance services.** AdventHealth will provide language assistance services for individuals with limited English proficiency (including individuals' companions with limited English proficiency) to ensure meaningful access to our programs, activities, services, and other benefits. Please notify your provider of language assistance service requests when scheduling your appointment to ensure we have the appropriate resources available when you arrive.

Language assistance services may include:

- Electronic and written translated documents
- Qualified interpreters
- Qualified bilingual/multilingual staff

**Appropriate auxiliary aids and services.** AdventHealth will provide appropriate auxiliary aids and services for individuals with disabilities (including individuals' companions with disabilities) to ensure effective communication. Appropriate auxiliary aids and services may include:

- Qualified interpreters, including American Sign Language interpreters
- Video remote interpreting
- Information in alternate formats (including but not limited to large print, recorded audio and accessible electronic formats)

**Reasonable modifications.** AdventHealth will provide reasonable modifications for qualified individuals with disabilities when necessary, to ensure accessibility and equal opportunity to participate in our programs, activities, services or other benefits. To learn more about your rights as a patient, please refer to AdventHealth's Patient Rights and Responsibilities and this notice.

For additional assistance, you may also contact your provider's scheduling team or AdventHealth at 1-800-609-5964 (TTY: 711) or email [PatientNondiscrimination@AdventHealth.com](mailto:PatientNondiscrimination@AdventHealth.com).

If you believe AdventHealth has failed to provide these services or has discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability, you can:

1. File a grievance with AdventHealth Section 1557 Coordinator.  
Please call 1-800-611-4208 (TTY: 711) or email [PatientNondiscrimination@AdventHealth.com](mailto:PatientNondiscrimination@AdventHealth.com).
2. File a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services,  
Office for Civil Rights:

Electronically: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Via mail: U.S. Department of Health & Human Services  
200 Independence Avenue, S.W. – 509F  
Washington, D.C. 20201

To access this notice in additional languages, please visit <https://www.adventhealth.com/legal/patient-nondiscrimination> or scan the QR code.



### The statements below direct people whose primary language is not English to translation assistance.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-609-5964 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

注意：如果您說中文，我們將免費為您提供語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供信息。致電 1-800-609-5964 (文本电话：711) 或諮詢您的服務提供商。

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ bổ sung phù hợp để cung cấp thông tin bằng định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-609-5964 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-609-5964 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

주의: 한국어를 사용하지는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-609-5964 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowo pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-609-5964 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتقديم المعلومات بطرق سهلة استخدامها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-609-5964 (711) أو تحدث مع مقدم الخدمة الخاص بك.

ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-609-5964 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Recursos e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-609-5964 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

À NOTER: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le TTY : 1-800-609-5964 (TTY: 711) ou parlez à votre prestataire.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo upang makapagbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tunawag sa 1-800-609-5964 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि भाषासम्बन्धी निःशुल्क सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-800-609-5964 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकर्ता कुराकानी गर्नुहोस्।

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-609-5964 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-609-5964 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિનિમૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-609-5964 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પુરોગામી સાથે વાત કરો.

ማሳሰቢያ: ከሚናገሩ ባህሪ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በገንዘብ ከተሰጠችል፡፡ ማረጋገጥ በተደረገው ቅርጽ ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ አገልግሎቶች አገዳሁ በገንዘብ ይገኛሉ፡፡ በስልክ ቁጥር 1-800-609-5964 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም የአገልግሎት አቅራቢያን ያገኛሉ፡፡

УВАГА: якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-609-5964 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника.



# Patients' Right to Know Act Service Availability Form

## Ley sobre el derecho de los pacientes a saber Formulario de disponibilidad de servicios



**COLORADO**

**Health Facilities & Emergency  
Medical Services Division**

Department of Public Health & Environment

What is this form? You have the right to get the information you need to make informed health choices. Colorado law (Section 25-58-101, C.R.S.) requires healthcare facilities to provide you with information on the availability of services related to:

*¿Qué es este formulario? Usted tiene derecho a recibir la información que necesite para tomar decisiones informadas sobre su salud. La ley de Colorado (Sección 25-58-101, C.R.S.) exige que los centros de salud le proporcionen información sobre la disponibilidad de los servicios relacionados con:*

- Reproductive healthcare/*Salud reproductiva*
- LGBTQ healthcare/*Salud LGBTQ*
- End-of-life healthcare/*Salud hacia el final de la vida.*

This form tells you what services are available at this facility:

*Este formulario le indica qué servicios están disponibles en este centro:*

Facility Name: <i>Nombre del centro:</i>	<b>AdventHealth Parker</b>	Facility Address: <i>Dirección del centro:</i>	<b>9395 Crown Crest Blvd. Parker, CO 80138</b>
Contact Name: <i>Persona de contacto:</i>	<b>Patient Advocate</b>	Facility ID (FACID): <i>ID del centro:</i>	<b>01J544</b>
Contact Phone: <i>Teléfono de contacto:</i>	<b>303-269-4053</b>		
Call this number if you have questions about this form. <i>Comuníquese a este numero si tiene alguna pregunta sobre este formulario.</i>			
Facility Type (per 6 CCR 1011-1): <i>Tipo de centro (de acuerdo con la norma 6 CCR 1011-1):</i>	<b>Hospital: 6 CCR 1011-1 Chapter 4</b>		

The availability of each service and referral is marked with a letter, Y, L, or N. The letter used shows if a service or referral is: available, limited by a non-medical restriction, or not available at this location.

*La disponibilidad de cada servicio y referencia está marcada con una letra, Y, L, o N. Dicha letra indica si un servicio o referencia está disponible, limitada por una restricción no médica o no disponible en esta ubicación.*

- **Y = Yes/Sí.** This means the service or referral is available to all patients. There are NO non-medical restrictions.  
*Esto significa que el servicio o referencia está disponible para todos los pacientes. NO existen restricciones no médicas.*
- **L = Limited/Limitada.** This means there is at least one non-medical restriction for this service or referral.  
*Esto significa que existe al menos una restricción no médica para este servicio o referencia.*
- **N = No.** This means the service or referral is not available for any patient. This includes when the facility is not licensed to provide the service, or has a policy that prohibits providing referrals for that service.  
*Esto significa que el servicio o referencia no está disponible para ningún paciente. Esto incluye cuando el centro no cuenta con licencia para proporcionar el servicio o tiene una política que prohíbe referenciar a ese servicio.*

**Need help?**

***¿Necesita ayuda?***

[Click to open the FAQ.](#)

[Haga clic para abrir las FAQ.](#)

Use this  
QR  
code for  
more  
info:



*Escanee este código QR  
para obtener más  
información:*

# Patients' Right to Know Act Service Availability Form (continued)



**COLORADO**

**Health Facilities & Emergency  
Medical Services Division**

Department of Public Health & Environment

## **Ley sobre el derecho de los pacientes a saber**

### **Formulario de disponibilidad de servicios (continuación)**

#### Reproductive and Gender Affirming Healthcare Services *Servicios de salud reproductiva y de afirmación de género*

<b>Primary Care, Sexual Health, and Sexually Transmitted Infection Treatment Services</b> <i>Servicios de atención primaria, salud sexual y tratamiento de infecciones de transmisión sexual</i>					
Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>	Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>
Primary care services <i>Servicios de atención primaria</i>	Y	Y	Human immunodeficiency virus (HIV) care and treatment <i>Atención y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</i>	Y	Y
Testing for sexually transmitted infections (STIs) <i>Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS)</i>	Y	Y	HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) prescriptions and related counseling <i>Recetas y asesoramiento relacionados con la profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP) y la profilaxis posterior a la exposición (PEP)</i>	Y	Y
Treatments for STIs including prescriptions <i>Tratamientos para las ITS, incluyendo recetas</i>	Y	Y			
Vaccinations for STIs <i>Vacunas contra las ITS</i>	Y	Y			

#### Family Planning, Contraception, and Infertility Services *Servicios de planificación familiar, anticoncepción e infertilidad*

Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>	Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>
Family building/planning services <i>Servicios de planificación y conformación familiar</i>	Y	Y	Removal of contraceptive devices <i>Extracción de dispositivos anticonceptivos</i>	Y	Y
Birth control including pills, rings, patches, intrauterine devices (IUDs), condoms, and others <i>Métodos anticonceptivos, como pastillas, anillos, parches, dispositivos intrauterinos (DIU), preservativos y otros</i>	Y	Y	In-vitro fertilization (IVF) <i>Fecundación in vitro (FIV)</i>	Y	Y
			Intra-uterine insemination (IUI) <i>Inseminación intrauterina (IIU)</i>	Y	Y
			Egg/sperm collection/storage <i>Recolección y almacenamiento de óvulos y espermatozoides</i>	Y	Y
Emergency contraception <i>Anticoncepción de emergencia</i>	Y	Y			

# Patients' Right to Know Act Service Availability Form (continued)



**COLORADO**  
**Health Facilities & Emergency  
Medical Services Division**  
Department of Public Health & Environment

## **Ley sobre el derecho de los pacientes a saber** **Formulario de disponibilidad de servicios (continuación)**

<b>Pregnancy Testing, Support, and Termination Services</b> <b>Servicios de pruebas, apoyo e interrupción del embarazo</b>					
<b>Service or Item</b> <i>Servicio o concepto</i>	<b>Service</b> <i>Servicio</i>	<b>Referral</b> <i>Referencia</i>	<b>Service or Item</b> <i>Servicio o concepto</i>	<b>Service</b> <i>Servicio</i>	<b>Referral</b> <i>Referencia</i>
Pregnancy testing <i>Pruebas de embarazo</i>	Y	Y	Treatment/management of miscarriage or threatened miscarriage, including abortion when requested by patient <i>Tratamiento y manejo del aborto espontáneo o de la amenaza de aborto espontáneo, incluyendo el aborto cuando la paciente lo solicite</i>	L	Y
Genetic testing <i>Estudios genéticos</i>	Y	Y			
Ultrasound <i>Ultrasonido</i>	Y	Y			
Labor and delivery <i>Trabajo de parto y alumbramiento</i>	Y	Y			
Neonatal intensive care <i>Cuidados intensivos neonatales</i>	Y	Y	Medications that may cause unintentional termination of pregnancy <i>Medicamentos que pueden provocar la interrupción involuntaria del embarazo</i>	Y	Y
Trial of labor after cesarean (TOLAC) <i>Prueba de trabajo de parto después de cesárea</i>	Y	Y			
Medication abortion <i>Aborto con medicamentos</i>	L	Y	Surgical treatment for ectopic pregnancy by salpingectomy <i>Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico mediante salpingectomía</i>	Y	Y
Procedural/surgical abortion <i>Aborto de procedimiento o quirúrgico</i>	L	Y			
Diagnostic aspiration of uterus <i>Aspiración diagnóstica del útero</i>	Y	Y	Other treatments for ectopic pregnancy <i>Otros tratamientos para el embarazo ectópico</i>	Y	Y
Feticidal injection <i>Inyección feticida</i>	L	Y			
Induction of labor after fetal demise <i>Inducción del parto tras muerte fetal</i>	Y	Y	Post termination care, including complication management <i>Atención posterior a la interrupción del embarazo incluyendo el manejo de complicaciones</i>	Y	Y

# Patients' Right to Know Act Service Availability Form (continued)



**COLORADO**  
**Health Facilities & Emergency  
Medical Services Division**  
Department of Public Health & Environment

## **Ley sobre el derecho de los pacientes a saber** **Formulario de disponibilidad de servicios (continuación)**

Reproductive, Gender Affirming, and Sterilization Services <i>Servicios de reproducción, afirmación de género y esterilización</i>					
Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>	Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>
Hysterectomy <i>Histerectomía</i>	Y	Y	Facial and neck surgeries <i>Cirugías faciales y de cuello</i>	Y	Y
Tubal ligation <i>Ligaduras de trompas</i>	Y	Y	Bilateral mastectomy <i>Mastectomía bilateral</i>	L	Y
Oophorectomy <i>Ooforectomía</i>	Y	Y	Breast augmentation <i>Aumento de senos</i>	L	Y
Salpingectomy <i>Salpingectomía</i>	Y	Y	Orchiectomy <i>Orquiectomía</i>	L	Y
Endometrial ablation <i>Ablación endometrial</i>	Y	Y	Vaginoplasty <i>Vaginoplastia</i>	L	Y
Vasectomy <i>Vasectomía</i>	Y	Y	Phalloplasty <i>Faloplastia</i>	L	Y
Medications which may cause unintentional sterilization <i>Medicamentos que pueden causar esterilización involuntaria</i>	Y	Y	Metoidioplasty <i>Metoidioplastia</i>	L	Y
Letters in favor of gender affirming healthcare services <i>Cartas a favor de los servicios de salud relacionados con la afirmación de género</i>	Y	Y	Hair removal laser/electrolysis <i>Depilación láser o electrólisis</i>	Y	Y
Gender affirming mental health therapy <i>Terapia de salud mental relacionada con la afirmación de género</i>	Y	Y	Hair transplant surgery <i>Cirugía de trasplante de cabello</i>	Y	Y
Gender affirming voice/speech therapy <i>Terapia del habla o de la voz para la afirmación de género</i>	Y	Y	Puberty blocking hormone therapy <i>Terapia hormonal de bloqueo de la pubertad</i>	Y	Y
			Gender affirming hormone therapy (GAHT), hormone replacement therapy (HRT) <i>Terapia hormonal de afirmación de género (THAG) y terapia de reemplazo hormonal (TRH)</i>	L	Y

# Patients' Right to Know Act Service Availability Form (continued)



**COLORADO**

**Health Facilities & Emergency  
Medical Services Division**

Department of Public Health & Environment

**Ley sobre el derecho de los pacientes a saber**

**Formulario de disponibilidad de servicios (continuación)**

## End-of-life Healthcare Services *Servicios de salud hacia el final de la vida*

### Medical-Aid-in-Dying Services

#### *Servicios de asistencia médica para el proceso de muerte*

Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>	Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>
Counseling, discussion, and education regarding medical-aid-in-dying services <i>Asesoramiento, diálogo y educación con respecto a los servicios de asistencia médica para el proceso de muerte</i>	Y	Y	Performing or assisting with the written and verbal request requirement <i>Realizar o asistir en el cumplimiento de peticiones escritas o verbales</i>	N	Y
Providing procedure for medical-aid-in-dying medication <i>Procedimiento para suministrar medicamentos de asistencia médica para el proceso de muerte</i>	N	Y	Performing or assisting with the attending physician requirement <i>Realizar o asistir en el cumplimiento de los requisitos del médico tratante</i>	N	Y
Selling or furnishing medical-aid-in-dying medication <i>Venta o suministro de medicamentos de asistencia médica para el proceso de muerte</i>	N	Y			

### Palliative and Hospice Care Services

#### *Servicios de cuidados paliativos y para enfermos terminales*

Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>	Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>
Palliative care <i>Cuidados paliativos</i>	Y	Y	Hospice care <i>Cuidado de enfermos terminales</i>	Y	Y
Assessment or counseling for palliative care <i>Orientación o asesoramiento en relación con los cuidados paliativos</i>	Y	Y	Assessment or counseling for hospice care <i>Orientación o asesoramiento en relación con el cuidado de enfermos terminales</i>	Y	Y

# Patients' Right to Know Act Service Availability Form (continued)



**COLORADO**

**Health Facilities & Emergency  
Medical Services Division**

Department of Public Health & Environment

**Ley sobre el derecho de los pacientes a saber**

**Formulario de disponibilidad de servicios (continuación)**

## Services in Advance Directives and Medical Orders for Scope of Treatment (MOST) Forms

The facility will honor a patient's or medical decision-maker's request regarding:

### **Servicios relacionados con los formularios de voluntad anticipada y las órdenes médicas para el alcance del tratamiento (MOST)**

*El centro respetará la solicitud del paciente o del responsable médico en relación con:*

Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>	Service or Item <i>Servicio o concepto</i>	Service <i>Servicio</i>	Referral <i>Referencia</i>
Do not resuscitate/No cardio-pulmonary resuscitation (CPR) <i>No intentar reanimar o practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP)</i>	Y	Y	Voluntary stoppage of eating and drinking (VSED) <i>Interrupción voluntaria de la alimentación e hidratación</i>	Y	Y
No ventilator support <i>No brindar asistencia respiratoria</i>	Y	Y	Duration of artificial nutrition/hydration <i>Duración de la nutrición e hidratación artificial</i>	Y	Y
Duration of ventilator support <i>Duración de la asistencia respiratoria</i>	Y	Y	Withdrawal of nutrition services <i>Suspensión de los servicios de nutrición</i>	Y	Y
No artificial nutrition/hydration <i>No brindar nutrición e hidratación artificial</i>	Y	Y			

(Optional) Brief explanation of service availability:

*Breve explicación sobre la disponibilidad del servicio (opcional):*

*AdventHealth Parker is a licensed acute care hospital.*

Need help? Click the link below to view frequently asked questions:

*¿Necesita ayuda? Haga clic en el siguiente enlace para ver las preguntas frecuentes:*

<https://docs.google.com/document/d/e/2PACX-1vTQKDvxxXGIIIPN4Lhlf9PEqX8NiU931jXmBTv5nHLvwasH8KjXb1yAuYzV-cH9YvBnTF6wSiZ-oBo/pub>

# Understanding Your Emergency Room Cost

When you visit the emergency room, your health and safety are our top priorities. We also understand that concerns about unexpected medical bills can add stress during an already difficult time. That's why we're committed to being clear and supportive when it comes to your billing and insurance information. Every situation is unique, and our team is here to help you understand your coverage and explore your options.

## Why Are We Asking for Payment?

At the time of your ER visit, we may ask for payment or provide you with an estimate based on your insurance coverage. This is a standard part of the registration process and helps:



### Meet Insurance Requirements:

Many insurance plans require a copay or deductible to be collected at the time of service.



### Avoid Surprise Bills with Estimate Transparency:

By getting payment information in advance, we can provide transparency throughout the billing cycle and more accurately bill your insurance, preventing delays.



### Cost Transparency:

We'll help you understand your estimated out-of-pocket costs upfront.

## What You Might Be Asked to Pay:

Depending on your situation, we may request:

- **Insurance co-payments**
- **Deductible or coinsurance estimates**
- **A deposit** if you do not have insurance

## What if you can't make a payment? We have options for you:

We never delay emergency care due to an inability to pay. If you're unable to make a payment:

- You will **still receive medical treatment**
- We can **discuss flexible payment options**
- **Financial assistance** may be available for those who qualify

Please let our staff know if you have questions or need help navigating your options.

## Questions About Billing or Insurance?

Our Consumer Access and Patient Financial Services teams are here to help.

- 📞 Call: 855-AH1-BILL (855-241-2455).
- 🌐 Visit: <https://www.adventhealth.com/pay-my-bill>
- 👤 Ask for a Financial Counselor on site

**Thank you for choosing AdventHealth to care for you. We're dedicated to helping you feel whole, in body, mind and spirit.**