



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

Formulario de medidas de calidad hospitalaria e información sobre
seguridad del paciente

Aviso de divulgación modelo de la Ley sin sorpresas

Folleto de alternativas a los opioides

Reconocimiento del estado de ciudadanía

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 video.** 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 comunice 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 denegarle 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, 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.

Resumen de los derechos y responsabilidades

del paciente

Las leyes federales y estatales requieren que su proveedor o centro de atención médica reconozca sus derechos mientras recibe atención médica y que usted respete el derecho del proveedor o centro de atención médica de esperar cierto comportamiento por parte del paciente. Puede solicitar una copia de la ley de Derechos del paciente de Florida a su proveedor de atención médica o centro de atención médica. A continuación, se ofrece un resumen de sus derechos y responsabilidades:

Derechos del paciente:

Derechos generales

- El paciente tiene derecho al acceso imparcial a tratamiento médico o adaptaciones, independientemente de su edad, sexo, raza, color, nacionalidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, situación socioeconómica, orientación sexual, identidad o expresión de género o fuente de pago.
- El paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de sus valores culturales y personales, creencias, preferencias, dignidad individual y con la protección de su derecho y necesidad de privacidad.
- El paciente tiene derecho a un espacio religioso y espiritual.
- El paciente tiene derecho a no padecer negligencia, acoso, explotación, abuso verbal, físico, mental y sexual, y a recibir atención en un entorno seguro.
- El paciente tiene derecho a que sus afirmaciones, observaciones y sospechas de negligencia, explotación y abuso sean denunciados ante las autoridades correspondientes según la evaluación del hospital de los eventos sospechosos, según lo exija la ley.
- El paciente tiene derecho a estar libre de restricciones o reclusión, de cualquier tipo, impuestas como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal y a ser sometido a restricción o reclusión sólo por personal capacitado para garantizar la seguridad física inmediata del paciente, un miembro del personal u otros y a que dicha restricción o reclusión se termine lo antes posible.
- El paciente tiene derecho a llevar a cualquier persona o recibir visitas de su elección en las áreas accesibles para el paciente del centro de atención médica o el consultorio del proveedor para que lo acompañen mientras recibe tratamiento hospitalario o ambulatorio o mientras consulta con su proveedor de atención médica, a menos que hacerlo implique un riesgo para la seguridad, los derechos o la salud del paciente, de otros pacientes o del personal del centro o consultorio, o que el centro o proveedor no puedan ubicarlo en un espacio razonable.
- El paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta

Calidad de la atención y toma de decisiones

- El paciente tiene derecho a que un familiar o representante de su elección y su médico sean notificados de inmediato de su admisión al hospital.
- El paciente tiene derecho a saber quién proporciona servicios médicos y quién es responsable de su atención.

- El paciente tiene derecho a recibir información de una manera que comprenda.
- El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluyendo si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
- El paciente tiene derecho a recibir de su proveedor de atención médica información sobre el diagnóstico, tratamiento a seguir, alternativas, riesgos y pronóstico.
- El paciente tiene derecho a los medios para tomar decisiones informadas.
- El paciente tiene derecho a participar en el desarrollo y la implementación de su plan de atención.
- El paciente tiene derecho a recibir tratamiento por cualquier afección médica de emergencia que podría empeorar si no se le proporciona.
- El paciente tiene derecho a recibir tratamiento para controlar el dolor.
- El paciente tiene derecho a solicitar o rechazar cualquier tratamiento, incluyendo los procedimientos para prolongar la vida, excepto que la ley disponga lo contrario.
- El paciente tiene derecho a participar en la consideración de cuestiones éticas que surjan durante su atención.

Instrucciones anticipadas (designación de un sustituto para la atención médica y testamento en vida)

- El paciente tiene derecho a recibir información por escrito sobre las políticas del centro de atención médica con respecto a las instrucciones anticipadas.
- El paciente tiene derecho a formular, revisar o corregir las instrucciones anticipadas y hacer que el personal del hospital y los profesionales que brindan atención en el hospital cumplan con estas instrucciones.
- El paciente tiene derecho, con previa solicitud, a ser derivado a otros recursos para recibir asistencia en la formulación de las instrucciones anticipadas.
- El paciente tiene derecho a no recibir tratamiento o admisión, sujetos a la condición de si el individuo ha ejecutado o no o ha desistido una instrucción individual.

Privacidad y confidencialidad

- El paciente tiene derecho a la confidencialidad de historia clínica y a acceder a los registros médicos actuales en la forma y formato que acuerden el centro y la persona, y dentro de un plazo razonable.

Finanzas

- El paciente tiene derecho a recibir, con previa solicitud, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
- El paciente que es elegible para Medicare tiene derecho a saber, con previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor o el centro de atención médica aceptan la tasa de asignación de Medicare.
- El paciente tiene derecho a recibir, con previa solicitud y antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos de atención médica.

- El paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada razonablemente clara y comprensible y, con previa solicitud, a que le expliquen los cargos.
- El paciente tiene derecho a ser notificado de la falta de cobertura y a apelar el alta prematura.

Investigación y ensayos clínicos

- El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negarse a participar en dicha investigación experimental sin que esto afecte su acceso a la atención, el tratamiento y los servicios no relacionados con la investigación.
- El paciente tiene derecho a recibir una respuesta inmediata y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- El paciente tiene derecho a expresar sus quejas con respecto a cualquier violación de sus derechos, tal como se establecen en la ley de Florida, a través del procedimiento de quejas dispuesto por el proveedor de atención médica o centro de atención médica que le prestó servicios y ante la agencia de certificación correspondiente.
- El paciente tiene derecho a la información sobre el proceso de presentación de una queja escrita o verbal.

Responsabilidades del paciente:

- El paciente es responsable de proporcionar al proveedor de atención médica, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su estado de salud.
- El paciente es responsable de informar cambios inesperados en su estado al proveedor de atención médica.
- El paciente es responsable de hacer preguntas o reconocer al proveedor de atención médica que no comprende el rumbo de un tratamiento o una decisión de atención y lo que se espera de él o ella.
- El paciente es responsable de apoyar la consideración y el respeto mutuos al mantener un lenguaje y una conducta civil en las interacciones con el personal y los profesionales independientes con licencia.
- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.
- El paciente es responsable de asistir a las citas y, cuando no puede hacerlo por cualquier motivo, debe notificar al proveedor o centro de atención médica.
- El paciente es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las indicaciones del proveedor de atención médica.
- El paciente es responsable de garantizar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.

- El paciente es responsable de cumplir las reglas y regulaciones del centro de atención médica con respecto a la atención y la conducta del paciente.

Inquietudes o quejas

Su satisfacción es importante para nosotros. Si tiene una inquietud o queja, permita que la persona responsable de su atención o su supervisor lo escuche, revise y ayude con una solución adecuada. Si su queja no se resuelve, solicite hablar con el gerente del departamento, el director o el supervisor del lugar. Si su inquietud no se resuelve a través del proceso de AdventHealth indicado, permita que el centro aborde su reclamo.

Centro	Contacto	
Altamonte	Gestión de riesgos	407-200-1330
Apopka	Gestión de riesgos	407-200-1330
Carrollwood	Administración	813-558-8001
Celebration	Gestión de riesgos	407-200-1330
Dade City	Gestión de riesgos	813-783-6119 ext. 1614
Daytona Beach	Gestión de riesgos	386-231-3185
Deland	Gestión de riesgos	386-943-4840
East Orlando	Gestión de riesgos	407-200-1330
Fish Memorial	Gestión de riesgos	386-917-5254
Heart of Florida	Gestión de riesgos	863-419-2506
Kissimmee	Gestión de riesgos	407-200-1330
Lake Placid	Representante de paciente	863-402-3421 or 863-402-5333
Lake Wales	Gestión de riesgos	863-679-6825
New Smyrna	Gestión de riesgos	386-424-5052
North Pinellas	Gestión de riesgos	727-942-5069
Ocala	Gestión de riesgos	352-402-5032
Orlando	Gestión de riesgos	407-200-1330
Palm Coast	Gestión de riesgos	386-586-4229
Palm Coast Parkway	Gestión de riesgos	386-302-1707
Port Charlotte	Gestión de riesgos	941-766-4815
Riverview	Gestión de riesgos	656-233-5822
Sebring	Representante de paciente	863-402-3421 or 863-402-5333
Tampa	Gestión de riesgos	813-615-7204
Waterman	Gestión de riesgos	352-253-3195
Wauchula	Representante de paciente	863-402-3421 or 863-402-5333
Wesley Chapel	Gestión de riesgos	813-929-5000
Winter Garden	Gestión de riesgos	407-200-1330
Winter Park	Gestión de riesgos	407-200-1330
Zephyrhills	Gestión de riesgos	813-783-6119 ext. 1614

Puede contactar con las siguientes agencias:

Centro	Accreditation Agency	Agencia de certificación
Altamonte	Hospital Complaint DNV Healthcare Inc.: https://www.dnvhealthcareportal.com/patient-complaint-report . Correo: A la atención de: Healthcare Complaints DNV Healthcare USA Inc. 4435 Aicholtz Road Suite 900 Cincinnati, OH 45245 Fax: 281-870-4818 Teléfono: 866-496-9647 Correo electrónico: hospitalcomplaint@dnv.com	Agency for HealthCare Administration Complaint Administration Unit 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308 Phone: 888-419-3456
Apopka		
Celebration		
East Orlando		
Heart of Florida		
Kissimmee		
Lake Wales		
Riverview		
Orlando		
Tampa		
Wesley Chapel		
Winter Garden		
Winter Park		
Carrollwood	Joint Commission: https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/report-a-patient-safety-concern-or-complaint/ Correo: Imprima el formulario desde el sitio web y envíelo por correo a: Office of Quality Monitoring The Joint Commission One Renaissance Boulevard Oakbrook Terrace, IL 60181	Agency for HealthCare Administration Complaint Administration Unit 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308 Phone: 888-419-3456
Dade City		
Daytona Beach		
Fish Memorial		
Deland		
Lake Placid		
New Smyrna		
North Pinellas		
Ocala		
Palm Coast		
Palm Coast Parkway		
Port Charlotte		
Sebring		
Waterman		
Wauchula		
Zephyrhills		



Hospital Quality Measures/Patient Safety Information

Hospital name: ADVENTHEALTH KISSIMMEE

Date: 10/2/2024

Patients admitted to the hospital for treatment of medical problems sometimes experience other serious injuries, complications, or conditions. Some patients may experience problems soon after they are discharged and need to be admitted to the hospital again. These events can often be prevented if hospitals follow best practices for treating patients.

Health Care Associated Infections (HAI)

April 2022 through March 2023

HAIs are infections that occur while a patient is being treated in a hospital. Many of these infections can be prevented through the use of proper procedures and precautions. Infection reports compare the infections at a hospital to a national benchmark.

	Catheter Associated UrinaryTract Infection	Central-line Associated Bloodstream Infection	Clostridium Difficile Infections	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus	Surgical Site Infection from Colon Surgery	Surgical Site Infection from Abdominal Hysterectomy
State Benchmark	0.658	0.652	0.481	1.063	0.937	0.726
Facility Rating	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

- ★★★ Better than the U.S. National Benchmark
★★ No different than the U.S. National Benchmark
★ Worse than the U.S. National Benchmark
N/A No results available

Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)

April 2022 through March 2023

Patient surveys measure satisfaction with hospital care, nurse and doctor communication, staff response to needs, and the cleanliness and quietness of the hospital.

	Overall Hospital Rating
National Average	72%
State Average	66%
Facility Overall Rating	N/A

- ★ The star ratings range from ★ - ★★★★★ stars
(%) The percent of patients surveyed who gave the hospital the highest possible score
N/A No results available

15-Day Readmission Rate

January 2022 through December 2022

Patients should not normally be readmitted to a hospital within 15 days of a hospital stay for the same or a related condition. A low 15-Day readmission rate generally means the hospital is doing a better job of managing a patient's condition and helping arrange proper post-hospital care coordination.

	15-day Readmission Rate
Statewide Rate	6.39%
Facility Rate	7.67% (As Expected)

- (%) The percentage of patients readmitted within 15 days of initial discharge
(As Expected, Lower than Expected, or Higher than Expected) is based on the severity of patients seen.
N/A No results available

For more information: FloridaHealthFinder.gov: <https://www.floridahealthfinder.gov/Compare-Care/Glossary>
HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey Webpage: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS>

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 médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, incluido un hospital o centro de cirugía ambulatoria, 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 se le facturen el saldo de los servicios posteriores a la estabilización.

Consulte a continuación información con respecto a la ley de Florida.

Algunos servicios en un centro dentro de la red

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 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 fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, salvo que otorgue su consentimiento por escrito para renunciar a sus protecciones.

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 Florida.

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 Florida generalmente contiene protecciones contra la facturación de saldo similares a las de la Ley Sin Sorpresas (como se describe en este aviso), *salvo que* tenga un determinado plan médico (es decir, planes comerciales totalmente financiados como un plan de proveedor preferido ("PPO") o de proveedor exclusivo ("EPO"), su proveedor no le puede facturar más que el monto del costo compartido de servicios dentro de la red incluso si otorga su consentimiento para que lo haga. Si tiene uno de estos planes, Florida extiende las protecciones contra la facturación de saldo a servicios de emergencia y no emergencia cubiertos proporcionados por un centro de atención de urgencias. 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 XXX-XXX-XXXX].

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. Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos conforme a la legislación federal.

Florida tiene un proceso independiente de resolución de disputas para resolver problemas relacionados con reclamaciones, incluyendo disputas con proveedores o planes de seguro por recibir facturas de saldo indebidas. Si su proveedor le envía una factura de saldo indebida, puede presentar una queja ante el Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor de Florida en <https://www.fdacs.gov/#>. Si su aseguradora le envía una factura de saldo indebida, puede presentar una queja ante la Oficina de Regulación de Seguros del Departamento de Servicios Financieros de Florida en <https://myfloridacfo.com/division/consumers/>.

minimal risk of side-effects due to low absorption of the medication into the blood stream. Compounded topicals prepared by a pharmacist can be customized to the patient's specific needs.

Interventional pain management. "Interventional" procedures might include an injection of an anesthetic medicine or steroid around nerves, tendons, joints or muscles; spinal cord stimulation; insertion of a drug delivery system; or a procedure to stop a nerve from working for a long period of time.

Non-opioid anesthesia. Non-opioid anesthesia refers to the anesthetic technique of using medications to provide anesthesia and post-operative pain relief in a way that does not require opioids. Anesthetists can replace opioids with other medications selected for their ability to block surgical and post-surgical pain. By replacing opioids and incorporating the variety of anesthetic and analgesic medications that block the process of pain, anesthesia providers can provide a safer anesthetic that avoids the adverse effects of opioids.

Discuss these alternatives with your healthcare practitioner and talk about the advantages and disadvantages of the specific options being considered. Different approaches work better on different types of pain. Some treatments for pain can have undesirable side effects while others may provide benefits beyond pain relief. Depending on your insurance coverage, some options may not be covered, resulting in substantial out-of-pocket costs. Other options may require a significant time commitment due to the number of treatments or the time required for the treatment. Good communication between you and your healthcare practitioner is essential in building the best pain management plan for you.

Helpful Hints and Links

When you are selecting a healthcare practitioner, you can verify their license and find more information at: <https://apps.mqa.doh.state.fl.us/MQASearchServices/Home>

You can find more information at these links.

National Institutes of Health: <https://nccih.nih.gov/health/pain/chronic.htm>
Centers for Disease Control and Prevention: https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/nonopioid_treatments-a.pdf



Information on Nonopioid Alternatives for the Treatment of Pain

A guide to working with your healthcare practitioner to manage pain

Prescription opioids are sometimes used to treat moderate-to-severe pain. Because prescription opioids have a number of serious side effects, it is important for you to ask questions and learn more about the benefits and risks of opioids. Make sure you're getting care that is safe, effective, and right for you.



This pamphlet provides information about nonopioid alternative treatments to manage pain. You and your healthcare practitioner can develop a course of treatment that uses multiple methods and modalities, including prescription medications such as opioids, and discuss the advantages and disadvantages of each approach.

Pain management requires attention to biological, psychological, and environmental factors. Before deciding with your healthcare practitioner about how to treat your pain, you should consider options so that your treatment provides the greatest benefit with the lowest risk.

Cold and heat. Cold can be useful soon after an injury to relieve pain, decrease inflammation and muscle spasms, and help speed recovery. Heat raises your pain threshold and relaxes muscles.

Exercise. Staying physically active, despite some pain, can play a helpful role for people with some of the more common pain conditions, including low back pain, arthritis, and fibromyalgia.

Weight loss. Many painful health conditions are worsened by excess weight. It makes sense, then, that losing weight can help to relieve some kinds of pain.

Diet and nutrition. Chronic pain may be the result of chronic inflammation. Some foods can increase inflammation and contribute to pain levels. Reducing or eliminating foods that increase inflammation may provide pain relief.

Yoga and tai chi. These mind-body and exercise practices incorporate breath control, meditation, and movements to stretch and strengthen muscles. They may help with chronic pain conditions such as fibromyalgia, low back pain, arthritis, or headaches.

Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). This technique employs a very mild electrical current to block pain signals going from the body to the brain.

Over-the-counter medications. Pain relievers that you can buy without a prescription, such as acetaminophen (Tylenol) or nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) like aspirin, ibuprofen (Advil, Motrin), and naproxen (Aleve, Naprosyn) can help to relieve mild to moderate pain.



Treatments provided by Licensed Healthcare Providers

Physical therapy (PT) and occupational therapy (OT). PT helps to increase flexibility and range of motion which can provide pain relief. PT can also restore or maintain your ability to move and walk. OT helps improve your ability to perform activities of daily living, such as dressing, bathing, and eating.

Massage therapy. Therapeutic massage may relieve pain by relaxing painful muscles, tendons, and joints; relieving stress and anxiety; and possibly impeding pain messages to and from the brain.

Acupuncture. Acupuncture is based on traditional Chinese medical concepts and modern medical techniques and provides pain relief with no side-effects by stimulating the body's pain-relieving endorphins. Techniques may include inserting extremely fine needles into the skin at specific points on the body.

Chiropractic care. Chiropractic physicians treat and rehabilitate pain, diseases and conditions using manual, mechanical, electrical, natural methods, physical therapy, nutrition and acupuncture. Chiropractors practice a hands-on, prescription drug-free approach to health care that includes patient examination, diagnosis and treatment.

Osteopathic Manipulative Treatment (OMT). Osteopathic physicians (DO) are educated, trained, and licensed physicians, but also receive additional training in OMT. OMT is a set of hands-on techniques used by osteopathic physicians to diagnose, treat, and prevent illness or injury. OMT is often used to treat pain but can also be used to promote healing, increase overall mobility, and treat other health problems.

Behavioral interventions. Mental health professionals can offer many avenues for pain relief and management. For example, they can help you reframe negative thinking patterns about your pain that may be interfering with your ability to function well in life, work, and relationships. Behavioral interventions can allow you to better manage your pain by changing behavior patterns.

Topical treatments and medications. Topical Agents, including Anesthetics, NSAIDs, Muscle Relaxers, and Neuropathic Agents, can be applied directly to the affected areas to provide needed pain relief and typically have a

Opioid Dependence Clinical Documentation Integrity Best Practices

General Information

Terms such as “Drug use” and “drug abuse” do not capture the patient’s acuity and complexity. Documentation of Opioid Dependence should include the specific drug or classification of drug, the level of usage such as use, abuse, or dependence, and any associated complications or disorders if known. (E.g., Opioid dependence with withdrawal, Constipation secondary to Opioid use)

Criteria

Opioid Dependence

- **Use:** Consumes opioids on a regular basis by their own initiative with no obvious clinical manifestations.
- **Abuse:** Exhibits a maladaptive pattern of opioid use leading to clinically significant impairment or distress of substances not taken for therapeutic purposes.
- **Dependence:** Indicates compulsive and continuous consumption of opioids, leading to significant clinical manifestations and a physiological need for the substance to function normally. The patient develops a tolerance or the need for larger doses of opioids to achieve the same results. Any discontinuation of opioids results in signs and symptoms of withdrawal.

Documentation Tips

Avoid	Document
<ul style="list-style-type: none"> • Drug use w/ W/D • Patient abruptly stopped taking chronic pain meds, nausea, vomiting, sweating 	<ul style="list-style-type: none"> • Specified type of drug with withdrawal • Opioid dependence with withdrawal

Pro Tips

Consider linking opioid use, abuse, or dependence with a substance-induced complication to assist with risk adjustment:

- Intoxication or Intoxication delirium
- Psychotic or Mood disorder
- Withdrawal
- Hallucinations or Delusions
- Sexual dysfunction

Reference: [ACDISPro](#)



Scan QR code to verify participation.

The Lincoln Memorial University-DeBusk College of Osteopathic Medicine (LMU-DCOM) is accredited by the American Osteopathic Association to provide osteopathic continuing medical education for physicians. LMU-DCOM designates this program for a maximum of 0.5 AOA Category 2-B credits per three flyers completed and will report CME and specialty credits commensurate with the extent of the physician's participation in this activity. The University of New England College of Osteopathic Medicine (UNE COM) is accredited by the Maine Medical Association's Council on Continuing Medical Education and Accreditation (MMA CCMEA) to provide continuing medical education for physicians. UNE COM designates this educational activity for a maximum of 0.5 AMA PRA Category 1 Credit(s)™ per three flyers completed and 0.5 University of New England contact hours per three flyers completed for non-physicians. Contact hours may be submitted by non-physician, non-PA health professionals for continuing education credits. This activity has been planned and implemented in accordance with the accreditation requirements and policies of the ACCME through the joint providership of University of New England and LMU-DCOM. University of New England is accredited by the Maine Medical Association to provide continuing medical education for physicians.



RECONOCIMIENTO DEL ESTADO DE CIUDADANÍA

La ley de Florida requiere que AdventHealth le pregunte su estado de ciudadanía.

No está obligado a presentar ningún documento o papel para verificar sus respuestas a estas preguntas.

No se retendrá la atención de urgencia para preguntar u obtener una respuesta a estas preguntas.

No es necesario que responda estas preguntas para recibir tratamiento.

Sus respuestas a estas preguntas no se comunicarán a las autoridades policiales.

Según las respuestas a estas preguntas, AdventHealth debe informar al estado de Florida cuatro veces al año la cantidad de ciudadanos estadounidenses o personas legalmente presentes en los EE. UU., el número de personas ilegalmente presentes en los EE. UU. y la cantidad de pacientes que se negaron a responder estas preguntas durante el período previo de 3 meses. **En este informe no se incluirá información específica que le identifique. La información está anonimizada.** Este informe ayudará al estado de Florida a saber cuánto dinero se paga cada año por la atención no compensada relacionada con personas que se encuentran ilegalmente en los EE. UU.

Una vez que haya leído y entendido este aviso, por favor infórmenos para que podamos hacerle preguntas sobre su estado de ciudadanía.

He leído y comprendo este formulario. [clic para firmar/reconocimiento]

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.

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.
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. Dodatkowe 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 प्रदायकसँग 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 વિન્યામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-609-5964 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પુરોગાતા સાથે વાત કરો.

ማሳሰቢያ: ከግሪክ ለግሪክ ብሆን የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በግን ይቀርባል። ማረጋገጥ በተደረገው ቅርጽ ለግሪክ ብሆን የሆኑ ተጨማሪ አገልግሎቶች አገልግሎት በግን ይገኛሉ። በአልክ 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.

