



Formulario de información médica

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

**Historial médico: (Compruebe por favor si usted ha tenido cualquiera de los siguientes)**

<input type="checkbox"/> Abuso (físico, mental, sexual, verbal, etc.)	<input type="checkbox"/> Colesterol (alto)	<input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal
<input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Problemas renales/ vesicales
<input type="checkbox"/> Alcoholismo/consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Depresión / trastorno mental	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Ansiedad / nervios	<input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones	<input type="checkbox"/> Accidente/ Lesión Grave
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas	<input type="checkbox"/> Enfermedad sexual/venerias
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Glucoma/Cataratas	<input type="checkbox"/> Infarto Cerebral
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la gota	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Enfermedad hemorrágica	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/ Úlcera
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Hepatitis (cualquier tipo)	
<input type="checkbox"/> Cáncer / tumor	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	

¿Tiene usted documento que indica de antemano la atención médica deseada en caso de discapacidad médica?

Si  No

**Historia de OB/GYN**

Fecha del último papanicolaou: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez resultado anormal del papanicolaou?  Si  No Si sí, fecha y resultados \_\_\_\_\_

Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez una mamografía anormal?  Si  No Si sí, fecha y resultados \_\_\_\_\_

¿Historial de histerectomía?  Si  No Si sí, ¿fecha y por qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene un obstetra/GINECÓLOGO?  Si  No Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

Edad de el primer período menstrual: \_\_\_\_\_ Fecha del último período menstrual: \_\_\_\_\_

Embarazos: Total # \_\_\_ Término completo \_\_\_ Aborto espontaneo \_\_\_ Aborto Provocado \_\_\_ Prematuro \_\_\_

embarazo ectópico \_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

**Historia quirúrgica**

Fecha o edad	Cirugía

**Hospitalizaciones**

Fecha o edad	Razón/Detalles

**Historia familiar (Por favor marque la casilla si corresponde)**

	Vivo (V) Fallecido (F)	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad cardíaca	Infarto Cerebral	Mental Illness (Type?)	Cáncer (tipo)	Desconocido	Other
Padre									
Madre									
Hermano(s)									
Hijo(s)									
Hija(s)									
Abuelo paterno									
Abuela paterna									
Abuelo materno									
Abuela materna									
Tio paterno									
Tia paterna									
Tio materno									
Tia materna									

Otros (favor de explicar) \_\_\_\_\_

**Historia social**

¿Es usted un fumador actual?  Sí  No Si no, ¿Alguna vez ha fumado?  Sí  No

¿Cuántos por día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Qué año dejaste de fumar? \_\_\_\_\_ ¿Está interesado en dejar de fumar?  Sí  No

¿Utilizas otros productos tabaco? Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  Sí  No ¿Cuántas bebidas por día? \_\_\_\_ ¿Cuántas veces a la semana? \_\_\_\_\_

¿Usas drogas recreativas? Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tuviste un problema de alcohol o drogas en el pasado?  Sí  No

¿Eres sexualmente activo(a)?  Sí  No  Solo una pareja  Múltiples parejas

¿Algún antecedente de infecciones de transmisión sexual? Y si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Bebes cafeína?  Sí  No ¿Cuánto por día? \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

¿Tienes hijos?  Yes  No ¿Cuáles son sus edades? \_\_\_\_\_

**Evaluación del funcionamiento social**

1. durante las últimas 4 semanas, ¿había alguien disponible si necesitabas y querías ayuda? Por ejemplo, si se sentía muy nervioso, solitario o azul, se enfermó y tuvo que quedarse en la cama, necesitaba alguien con quien hablar, necesitaba ayuda con las tareas diarias, o necesitaba ayuda para cuidarse.  Sí, todo lo que quería  sí, un poco  sí, algunos  sí, un poco  no, no en absoluto  elijo no contestar

2. ¿la falta de transporte lo mantuvo alejado de citas médicas, reuniones, trabajo, o de conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? (Marque todas las que correspondan)  sí, me ha impedido asistir a citas médicas o de recibir mis medicamentos.  Sí, me ha impedido asistir a citas no médicas, reuniones, trabajo, o conseguir cosas que necesito.  No.  Elijo no contestar.

### **Información adicional**

¿Algún otro miembro de la familia asiste a nuestras clínicas? y si es así,  
¿quién? \_\_\_\_\_

¿Quién era su médico de atención primaria y domicilio? ¿Cuándo fue su última  
visita? \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría discutir con el medico  
hoy? \_\_\_\_\_

### **Medicamentos actuales (recetados, de venta libre, vitaminas, suplementos o herbarios)**

Nombre del medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?
Ejemplo: nombre del medicamento	5 mg	Una pastilla dos veces al día o una píldora diariamente

### **Alergias (medicamentos, colorantes de rayos x, otras sustancias, estacionales, etc.)**

Nombre de la sustancia	Reacción
Ejemplo: nombre del medicamento	Urticaria, hinchazón

### **Mantenimiento de la salud//Pruebas de detección/Pruebas Especial (fechas de sus últimos estudios/exámenes)**

Estudio/examen	Fecha aproximada/año	¿Anormal?
Examen físico/anual		
Prueba de densidad ósea		
Colonoscopia		
Electrocardiogram		
Prueba de esfuerzo		
PSA (antígeno prostático específico)		
Examen dental		
Examen ocular		

### **Inmunización (fechas en las que recibió las vacunas)**

Inmunización	Fecha aproximada/año
Vacuna contra la gripe	
Neumonía	
Tétanos	
Tdap (tétanos más tos ferina)	
Hepatitis B	
Gardasil	
Detección de tuberculosis <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	
Shingles	

¿Estarías interesado en recibirlas hoy?  Si  No

**Revisión de sistemas (Circule síntomas que esté experimentando actualmente)**

<p><b><u>General</u></b>  Fiebre  Escalofríos  Sudores nocturnos  Pérdida de peso  Ganancia de peso  Fatiga</p> <p><b><u>Ojos</u></b>  Cambios en la visión  Enrojecimiento de los ojos  Drenaje ocular  Dolor ocular  Lentes correctivos</p> <p><b><u>Oreja, nariz y garganta</u></b>  Cambios auditivos  Dolor en el oído  Drenaje del oído  Congestión nasal  Nariz moquea  Secreción postnasal  Sangrado nasal  Dolor de garganta  Cambios de voz</p> <p><b><u>Cardiovascular</u></b>  Dolor torácico  Palpitaciones/latidos rápidos  Dificultad para respirar  Dificultad para respirar al acostarse  boca arriba  Hinchazón en las piernas/pies  Dolor de pierna/pie  Varices</p> <p><b><u>Pulmonar</u></b>  Dificultad para respirar en reposo  Dificultad para respirar con el caminar  Tos  Silbidos en el pecho  Ronquidos</p>	<p><b><u>Gastrointestinal</u></b>  Dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Acidez estomacal/indigestión  Dificultad/dolor al tragar  Cambio en las deposiciones  Diarrea  Estreñimiento  Sangre en el excremento</p> <p><b><u>Genitourinarias Masculino</u></b>  Dolor al orinar  Orinar con frecuencia  Necesidad urgente de orinar  Flujo anormal de orina  Incontinencia urinaria  Sangre en la orina  Problemas de erección  Secreción del pene</p> <p><b><u>Genitourinarias Femenina</u></b>  Dolor al orinar  Orinar con frecuencia  Necesidad urgente de orinar  Incontinencia urinaria  Sangre en la orina  Secreción vaginal  Dolor pélvico  Periodos dolorosos  Periodos irregulares</p> <p><b><u>Musculoesqueléticos</u></b>  Dolor de cuello  Dolor de espalda  Dolor articular  Dolor muscular</p>	<p><b><u>Tegumentario</u></b>  Erupción  Picazón  Piel seca/sensible  Masas de seno/bultos  Secreción del pezón</p> <p><b><u>Neurológicos</u></b>  Dolor de Cabeza  Mareos  Entumecimiento  Debilidad  Hormigueo  Pérdida de memoria</p> <p><b><u>Psiquiátrico</u></b>  Depresión  Ansiedad  Manía/euforia  Cambios de Humor  Alucinaciones</p> <p><b><u>Endocrino</u></b>  Orinar con frecuencia  Sed/beber excesivos  Hambre excesiva  Sensación de frío todo el tiempo  Sensación de calor todo el tiempo</p> <p><b><u>Hematología, linfa</u></b>  Inflamación de los ganglios linfáticos  Hematomas excesivos  Sangrado excesivo  Anemia  Historial de transfusión</p> <p><b><u>Alergia/Inmunología</u></b>  Hinchazón labial/facial  urticaria  Alergias ambientales  Alergias estacionales  Alergias alimentarias</p>
--	--	---

# Consentimiento De Admisión y Registro

CHI St. Joseph Health

**INTRODUCCIÓN:** CHI St. Joseph Health en lo sucesivo se denomina “el Hospital”. Todos los Médicos que me brinden cuidado y tratamiento, incluidas consultas, durante el curso de mi ingreso al Hospital en lo sucesivo se denominarán “los Médicos”.

1. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO:** Tengo una afección que requiere examen, diagnóstico y tratamiento, y por medio del presente, permito y autorizo la atención acostumbrada, que incluye, entre otros, rayos X, análisis de laboratorio, pruebas rutinarias de diagnóstico y procedimientos terapéuticos (“Servicios”) realizados por mi Médico de ingreso y tratamiento, el cual puede o no ser empleado del Hospital y sus asistentes o personas designadas, incluido personal empleado por el Hospital. Entiendo y autorizo que se tomen fotografías, imágenes digitales o de otro tipo o se graben videos para documentar mi atención, y que el Hospital retenga los derechos de propiedad de esas imágenes. Se obtendrá un formulario de consentimiento para fotografías por separado para la divulgación a partes externas del Hospital de cualquier imagen que me identifique y que sea utilizada para fines de educación y mercadeo. Acepto la participación supervisada de estudiantes de atención médica (por ej., estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería, internos, residentes y estudiantes clínicos no médicos) en mi atención. Entiendo que dicha atención puede implicar riesgos y que no se me han dado garantías concernientes a los resultados de este tratamiento o examen. Entiendo, además, que tengo derecho a tomar decisiones en relación con mi atención médica, incluido el derecho a rehusarme a procedimientos o tratamientos médicos y quirúrgicos. Para cualquier aviso o autorización mencionado en este documento, puede utilizarse una copia de este formulario en lugar del original.

2. **CESIÓN DE BENEFICIOS:** El suscrito autoriza, ya sea que él/ella firme como agente o como Paciente, la facturación por y el pago directo al Hospital (o a los Médicos que brindan los Servicios al Paciente en el Hospital y que en lo sucesivo, aceptan tal cesión y facturación directamente por sus Servicios) de cualquier beneficio de seguro (según se define abajo) y cualquier beneficio de programas del gobierno de otro modo pagaderos al, o en nombre del, Paciente o al suscrito por su Hospitalización (incluidos Servicios de los Médicos atribuibles a esta Hospitalización) o por estos Servicios ambulatorios, incluidos Servicios de emergencia, si se brindan, a una tarifa que no debe ser superior a los cargos normales del Hospital (o del Médico) El término “beneficios de seguro” conforme se utiliza en este documento, abarca todos los beneficios de seguro, que incluyen, entre otros, seguro médico, de accidente, beneficios de indemnización laboral y de automóvil, seguro contra accidentes, cobertura médica de salud y seguro por falta de seguro o por estar infrasegurado. El suscrito entiende que él/ella es financieramente responsable de todos los cargos. En contraprestación por los artículos y Servicios provistos, él/ella otorga al Hospital una cesión irrevocable de todos los derechos, título e interés que él/ella tenga sobre todos los beneficios de seguro o beneficios de programas del gobierno pagaderos a él/ella o a nombre de él/ella por los Servicios brindados por el Hospital, los Médicos o sus empleados y otras personas que trabajen de conformidad con un acuerdo con el Hospital (o sus Médicos). El/ella solicita a todas las compañías de seguro, planes de salud, organismos y programas gubernamentales y sus agentes o contratistas, y abogados, que hagan tal pago directamente al Hospital (o a tales Médicos en las direcciones especificadas en las facturas de cobro). Todo saldo a favor derivado de los pagos de beneficios o de otras fuentes puede aplicarse a cualquier otra cuenta que adeude el Paciente o el suscrito.

3. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Entiendo que si mi Aseguradora niega la totalidad o una parte de los cargos del Hospital por cualquier motivo, o si no tengo seguro, seré personal y totalmente responsable por el pago de los cargos del Hospital. Acepto, ya sea que firme como el Paciente, Representante Legal o Fiador del Paciente, que en contraprestación por los Servicios prestados, yo, de manera individual, o el Paciente, pagaré la cuenta del Hospital de acuerdo con las tarifas establecidas y las políticas de pago del Hospital. Si creo que reúno los requisitos para recibir ayuda financiera, debo notificárselo a la oficina de administración. El suscrito autoriza la transferencia de cualquier pago en exceso de esta cuenta para que se aplique a cualquier cuenta de la que el suscrito sea paciente, fiador, o de la cual sea de otro modo legalmente responsable.

4. **CERTIFICACIÓN PREVIA A LA HOSPITALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo el pago de mis beneficios de seguro a los médicos y al Hospital mencionados en mi formulario de reclamación de seguro. Asimismo, autorizo la divulgación de la información requerida por cualquier Aseguradora o pagador externo en relación con cualquier reclamación presentada con relación a mi persona. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no pague mi compañía de seguros y/o pagador externo. Entiendo que es mi responsabilidad dar aviso a, y obtener una certificación previa a la hospitalización de, cualquier Aseguradora o pagador externo, si se requiere en virtud de las condiciones de mi relación con una aseguradora o pagador externo. Yo seré personalmente responsable por la totalidad o una parte del costo de hospitalización o los Servicios profesionales si el pago de los mismos se deniega debido a que no he dado aviso o no he obtenido una certificación o autorización.

5. **CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA BENEFICIOS DE MEDICARE O MEDICAID:** Certifico que la información que he proporcionado al hacer la solicitud para pago de acuerdo con el Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social o de acuerdo con cualquier otro programa de atención médica gubernamental o de cualquier otro pagador externo, es correcta. Además, autorizo a cualquiera que tenga información médica o de otro tipo acerca de mí pertinente a mi elegibilidad para los programas o beneficios de Medicare o Medicaid, a divulgar y obtener de la Administración del Seguro Social, el Programa Estatal de Asistencia Médica u otros organismos o entidades que administran los programas de Medicare y Medicaid, o intermediarios o aseguradoras, cualquier información necesaria para este fin o una reclamación relacionada con Medicare o Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre directamente al Hospital, a los Médicos y a cualquier otro proveedor de atención médica que reúna los requisitos para reembolso por la atención médica y el tratamiento, incluidas consultas, que se me hayan proporcionado.

6. **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo al Hospital para que divulgue a cualquier persona, empresa o cualquier otra entidad, cualquier información terapéutica de diagnóstico, incluidos diagnósticos y tratamientos que impliquen ORIENTACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y ESTUPEFACIENTES, SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO, PRUEBAS DE GENÉTICA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL E INFECCIOSAS, SIDA y condición de VIH, conforme se considere pertinente y conforme pueda ser necesario para determinar mi derecho a beneficios de atención médica de acuerdo con una póliza de seguro u otro tipo de planes de beneficios de atención médica, o conforme sea pertinente para fines de análisis o investigación en relación con el reembolso a los Médicos y a otros proveedores de atención médica. Autorizo al Hospital para que procese las reclamaciones de pago por los Servicios de atención médica brindados. Acepto cooperar y suscribir otras autorizaciones y divulgaciones para los fines anteriormente mencionados, según el Hospital lo considere necesario, a solicitud del Hospital. Entiendo que el Hospital puede utilizar la información de mi historial médico que sea necesaria para fines de investigación o mejoramiento de calidad.

Es mi intención que el uso de la información suministrada quede prohibido para cualquier fin distinto de los anteriormente mencionados y que al destinatario se le prohíba volver a divulgar información protegida por ley a cualquier otra parte que no la necesite ni la requiera para los fines anteriormente señalados.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento de expedientes médicos. Entiendo que esta revocación no tendrá efecto si el Hospital ya ha tomado medidas de acuerdo con esta revocación. Esta autorización es válida hasta que se cumplan todos los términos y condiciones, incluido el pago de esta hospitalización.

Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Entiendo que puedo rehusarme a esta divulgación, ya que no garantiza el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará, conforme está previsto en 42 CFR 164.524. Entiendo que toda divulgación de información tiene el potencial de una nueva divulgación no autorizada y que es posible que la información no esté protegida por normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud, puedo llamar al departamento de expedientes médicos al teléfono (979) 776-2524.

Firma del Paciente o Representante legal

Nombre impreso y relación de la persona que firma en nombre del paciente

Fecha

7. **ESTADO INDEPENDIENTE DE LOS MÉDICOS:** Reconozco que no todos los Médicos, y proveedores de atención médica, que incluyen, entre otros, Enfermeros anestesiólogos certificados titulados, Radiólogos, Médicos de emergencia, Anestesiólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales y del habla, residentes o estudiantes de medicina (bajo la supervisión de Médicos y/o residentes) que me presten Servicios durante esta hospitalización son empleados o agentes del Hospital. Dichas personas son **CONTRATISTAS INDEPENDIENTES**, a quienes se les otorga el privilegio de utilizar el Hospital para Pacientes privados y que facturan de forma independiente por sus Servicios. Además, entiendo que el Hospital no es responsable ni tampoco asume responsabilidad alguna por los actos u omisiones de tales contratistas independientes.

8. **PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS:** Entiendo que, si un Médico ordena pruebas de detección del Virus de inmunodeficiencia humana ("VIH") o cualquier otra enfermedad infecciosa transmitida por medio de la sangre para fines de diagnóstico, se me pedirá que firme un formulario de consentimiento informado por separado. También entiendo que, en caso de la exposición de un proveedor de atención médica o de primeros auxilios (como un trabajador de emergencias, bombero u oficial de policía) a mis fluidos corporales, aunque se me informará sobre mi derecho a autorizar una prueba de detección de VIH u otras enfermedades infecciosas transmitidas por fluidos corporales, en la mayoría de los casos, las pruebas podrían hacerse en muestras de fluidos corporales previamente recolectados o podría obtenerse una orden judicial para obligar tal prueba. La información respecto al hecho que se ordenó la prueba, y los resultados de tal prueba, se mantendrán en confidencialidad y serán divulgados por el Hospital solo conforme lo permita la ley.

9. **EQUIPO PERSONAL Y OBJETOS DE VALOR:** Entiendo que el Hospital no acepta responsabilidad alguna ni me reembolsará por la pérdida de dinero, joyas, anteojos, aparatos auditivos, dentaduras postizas, ropa u otros artículos personales u objetos de valor que lleve al Hospital. Asumo plena responsabilidad por tales artículos y acepto liberar al Hospital de toda responsabilidad por daño, extravío o robo de tales artículos a menos que, según proceda, los artículos se depositen en la caja fuerte del Hospital para salvaguardarlos. También entiendo que debo informar al encargado de hospitalizaciones o a un enfermero si he traído algún equipo eléctrico al Hospital (por ej., ventiladores; aparato Bipap, aparato Cpap) y cumplir las políticas del Hospital en relación con su uso. Asumo plena responsabilidad por tales equipos eléctricos y por cualquier lesión ocasionada por los equipos eléctricos traídos de casa.

10. **DIFERENCIAL ENTRE ALOJAMIENTO SEMIPRIVADO Y PRIVADO:** Entiendo que Medicare y otros pagadores no pagan la diferencia entre el costo de un cuarto privado y un cuarto semiprivado si el uso del cuarto privado no es garantizado por una necesidad médica para fines de aislamiento. Si solicito un cuarto privado en cualquier momento durante la Hospitalización, por medio del presente, acepto que seré responsable de pagar la diferencia entre el costo del cuarto privado y del cuarto semiprivado.

11. **AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN LABORAL:** Si mi ingreso en el Hospital es el resultado de una lesión vinculada con el trabajo, por medio del presente, renuncio a cualquier privilegio que pueda tener con el Hospital, u otro proveedor de atención médica, y por este conducto, autorizo a estos proveedores para que suministren al administrador de beneficios de indemnización laboral cualquier información, incluida, entre otros, el derecho a revisar y copiar todos mis expedientes médicos relacionados con mi lesión o mi historial médico anterior pertinente. En caso de que exista un conflicto acerca de la posibilidad de pago de mi reclamación o los beneficios de indemnización laboral, y si mi empleador no es específicamente señalado por un Tribunal del Departamento del Trabajo como el responsable de los costos médicos por indemnización laboral para la afección o lesión que son el motivo de mi ingreso, acepto ser personalmente responsable de la totalidad de tales costos. Asimismo, acepto que si mi reclamación de beneficios de indemnización laboral se resuelve con mi empleador con base en una controversia sin un fallo específico que determine que la misma se puede pagar como una lesión de indemnización laboral, yo (o mi abogado si soy representado), retendré fondos suficientes de cualquier resolución para pagar todos los montos adeudados al Hospital por el tratamiento de la afección que es el motivo de este ingreso y, por medio del presente, cedo al Hospital el pago de dichos costos en tales circunstancias.

12. **CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA:** Excepto en las unidades de cuidados especiales, el Hospital solo ofrece cuidados generales de enfermería. El Paciente o su Representante deben consultar con el o los Médicos tratantes del Paciente para determinar si la afección del Paciente requiere cuidados de enfermería continuos o especiales. Si es así, tales cuidados de enfermería especiales deben ser coordinados por el Paciente o su Representante Legal, y el Hospital no será de modo alguno responsable en caso de que éstos no se brinden y, por medio del presente, lo libero de toda responsabilidad por no brindar cuidados de enfermería especiales, así como de toda responsabilidad que surja de cualquier acto o conducta de una persona que provea cuidados de enfermería especiales.

13. **CONSENTIMIENTO A RECIBIR COMUNICACIONES:** Al informar mi teléfono celular, fijo o cualquier otro número, acepto expresamente recibir del Hospital, su personal, sus contratistas, agentes de cobranza, y otros, comunicaciones en cualquiera de los números que suministre o que más adelante indique. Tales partes pueden utilizar esta información para contactarme vía un agente en persona, buzón de mensajes, mensajes de texto, uso de un marcador automático o cualquier otra tecnología asistida por computadora, mensajes previamente grabados, o cualquier otra forma de comunicación electrónica para cualquier fin, incluidos, entre otros, recordatorios de citas y de atención médica de seguimiento, programación, mi(s) cuenta(s), cesión de beneficios o responsabilidad financiera. Entiendo que dependiendo de mi plan telefónico, dichas llamadas o mensajes de texto podrían tener un costo. Acepto informar mi(s) nuevo(a) número(s) en caso de que cambien. Informar estos números no es una condición para recibir servicios de atención médica.

14. **INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DE FARMACIAS:** Autorizo al Hospital para que obtenga la información de mi historial médico en formato electrónico a través de un intercambio de información de salud de farmacias (por ej., Surescripts, E-Prescribe). Los Médicos y proveedores obtienen acceso a la información para saber qué medicamentos estoy tomando, de modo que puedan brindarme el tratamiento apropiado y evitar reacciones adversas a los medicamentos.

**Voluntad anticipada:** Una Voluntad anticipada le permite decirle al médico o darle a otra persona la facultad para que le diga a su médico qué tipo de atención desearía recibir si le fuese imposible tomar decisiones médicas por cuenta propia.

¿Tiene una voluntad anticipada?  Sí  No

<p><b>Si responde Sí:</b></p> <p>¿Le entregó una copia al hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Indique qué tipo(s) de voluntad entregó:</p> <p><input type="checkbox"/> Voluntad a los Médicos/Testamento vital</p> <p><input type="checkbox"/> Orden de no resucitación (DNR) fuera del hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Poder médico</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración para tratamiento de salud mental</p>	<p><b>Si responde No:</b></p> <p>¿Desea recibir información para formular una Voluntad anticipada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si responde Sí, información entregada:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

**Divulgación de información del directorio:** Yo, la persona que suscribe, entiendo que en caso de que yo/el paciente deba ser hospitalizado, esa información acerca de mí/del paciente se guarda en mi historial médico o historial médico del paciente y se mantiene en confidencialidad.

Elija y escriba sus iniciales en una de las siguientes opciones:

**Opción A:** \_\_\_\_\_ Autorizo al Hospital para que utilice la siguiente información con el objeto de mantener un directorio de las personas en el Hospital: mi nombre, mi ubicación en el Hospital, mi afección (conforme se describe en términos generales, como crítica, mala, regular, buena, excelente) y mi afiliación religiosa. Autorizo al Hospital para que divulgue dicha información a los miembros del clero o a las personas que pregunten por mí con mi nombre (excepto mi afiliación religiosa).

**Opción B:** \_\_\_\_\_ **NINGUNA INFORMACIÓN/NINGUNA DIVULGACIÓN:** No quiero que nadie sepa que soy paciente en este centro. NO autorizo la divulgación de información relacionada con mi admisión o tratamiento. Entiendo que se rechazarán correos, flores, visitas y llamadas telefónicas en mi nombre. Entiendo que no se permitirá que mis amigos y familiares me visiten.

**Número de identificación del paciente:** Asimismo, entiendo que el Hospital tiene una política para permitir la divulgación de información médica relacionada con el paciente y actualizaciones **SOLAMENTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN ACTUAL** a las personas autorizadas por el paciente para recibir esta información. Para este fin, hay disponible un Número de identificación del paciente (PIN) que el paciente puede decidir compartir a su criterio con sus familiares y/o amigos, de modo que el personal del Hospital pueda compartir información acerca de la ubicación y condición del paciente con las personas designadas por este último a quienes se les ha dado información del PIN. De lo contrario, la información se restringirá a aquellas personas que no tienen la información del PIN.

**REPRESENTACIÓN/RÚBRICA:** Mi firma a continuación indica que he leído este documento en su totalidad y que lo entiendo, o que me lo han leído, y que yo (como Paciente o Representante legal del paciente o Fiador), por medio de la presente, acepto y estoy de acuerdo con los términos de estas Condiciones de ingreso.

Marque todas las opciones que correspondan antes de firmar.

- Recibí una copia de los Derechos y responsabilidades de los pacientes.  
 Recibí el Mensaje importante de Medicare.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente, Representante legal o Fiador legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
 Si fuera firmado por una persona distinta del paciente, indique su relación

\_\_\_\_\_  
 Motivo, si no es el paciente (incompetencia, menor de edad, etc.)

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
 Nombre/número del intérprete (si está procedente)

El Hospital no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, religión, edad o discapacidad en el trabajo o la prestación de Servicios.

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Hospital y lo he indicado así al firmar abajo.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente/Representante legal/Fiador

\_\_\_\_\_  
 Fecha

○

\* El suscrito certifica que le entregó Aviso de prácticas de privacidad al Paciente, pero que el Paciente no pudo o no quiso confirmar su recibo por el motivo señalado a continuación.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Representante del hospital que solicita el acuse de recibo\*

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Motivo por el cual no confirmó el acuse de recibo: \_\_\_\_\_



**DERECHOS DEL PACIENTE**

Certifico que se me ha dado información e instrucciones en relación con mis Derecho del paciente. Mis Derechos del paciente incluyen, entre otros, el derecho a tomar decisiones médicas, incluido el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico, participar en mi plan de atención o recibir atención en un entorno seguro, libre de abuso o acoso verbal o físico. Asimismo, entiendo que si tengo preguntas relacionadas con mis derechos, debo plantearlas a un empleado de este centro para que me ayude.

**Derechos del paciente:****Yo, el paciente, tengo derecho a:**

- obtener acceso razonable a la atención y al tratamiento que se indique médicamente como necesario y dentro de la capacidad y misión del centro, sin distinción de raza, credo, sexo, edad, nacionalidad de origen o fuentes de pago para la atención;
- recibir atención considerada y respetuosa en todo momento y en cualquier circunstancia, con reconocimiento a la dignidad personal;
- no ser víctima de abuso o acoso de ningún tipo;
- no ser sometido ningún tipo de restricción y reclusión como un medio de intimidación, disciplina, conveniencia para el personal o represalia;
- privacidad personal y de la información, dentro del ámbito de aplicación de la ley;
- esperar que se notifique de inmediato a un familiar o representante de mi elección y a mi propio médico sobre mi ingreso al centro;
- la presencia de una persona de apoyo de mi elección, a menos que la presencia de dicha persona infrinja los derechos o la seguridad de otros, o esté médica o terapéuticamente contraindicado;
- designar visitas sujetas a limitaciones que sean clínicamente necesarias;
- esperar una seguridad razonable en cuanto a las prácticas del centro y el entorno se refieren, y solicitar ayuda adicional si tengo alguna inquietud con respecto a mi afección;
- conocer la identidad y situación profesional de las personas que prestan servicios;
- obtener, del profesional responsable de la coordinación de la atención, información completa y actualizada en relación con mi diagnóstico (en el grado en que se conozca), tratamiento y cualquier pronóstico conocido;
- medios de comunicación con personas fuera del centro por medio de visitas y comunicaciones orales y escritas en mi idioma de preferencia para hablar sobre la atención médica, y mediante acceso a un intérprete en caso de barreras idiomáticas;
- participación razonablemente informada en las decisiones sobre atención médica y recibir información acerca de experimentos, investigaciones o proyectos educativos que afecten mi atención y tratamiento; el paciente tiene derecho a rehusarse a participar en cualquiera de esas actividades.
- consultar con un especialista a mi propia solicitud y costo;
- aceptar o rechazar atención médica en la medida en que la ley lo permita;
- recibir una explicación en caso de traslado a otro centro;
- solicitar y recibir una explicación desglosada y detallada de mi factura total por los servicios, una vez que esté disponible;
- que se le informen las normas y los reglamentos del centro que se aplican a mi conducta como paciente;
- participar en la consideración de asuntos éticos que surjan durante mi atención;
- formular voluntades anticipadas y designar a un sustituto para que tome decisiones de atención médica en mi nombre, conforme se describe anteriormente;
- recibir una evaluación adecuada y manejo eficaz del dolor.

**Yo soy responsable de:**

- suministrar información de salud exacta y completa y entender mi plan de atención;
- seguir el plan de atención desarrollado por mí y mi equipo de atención médica;
- aceptar la responsabilidad de los resultados de rechazar tratamiento o de no seguir mi plan de atención acordado;
- cumplir mis obligaciones financieras;
- tener consideración por los derechos de los demás y seguir las normas y los reglamentos de este centro en cuenta a la conducta y atención del paciente.

---

Firma del Paciente, Representante legal o Feador legal

---

Fecha



**Formulario de autorización para la divulgación de registros médicos**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**De/A (encierre en un círculo la instrucción prevista)**

Nombre:	Teléfono:	Fax:
Dirección:		

**De/A (encierre en un círculo la instrucción prevista)**

Nombre:	Teléfono:	Fax:
Dirección:		

**Objetivo de la divulgación:**

<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Orden judicial	<input type="checkbox"/> Uno personal
<input type="checkbox"/> Transferencia de atención	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):		

**Registros para incluir:**

Esta autorización corresponde a la divulgación de los tipos de registro que se indican a continuación para el siguiente intervalo de fechas de servicio: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ O Todos los registros archivados en este centro

<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Notas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Histori	<input type="checkbox"/> Informes operativos
<input type="checkbox"/> Registros hospitalarios	<input type="checkbox"/> Registros de diagnósticos por imágenes	<input type="checkbox"/> Otro:	

Por medio de la presente, acepto y autorizo que los registros divulgados contengan información acerca de antecedentes con el alcohol, abuso de drogas, historial psiquiátrico, pruebas de detección de VIH, resultados de pruebas de detección de VIH o SIDA. \_\_\_\_\_ *Intials*

**Caducidad:** Esta autorización perderá validez 180 días después de la fecha en que se firme. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se cumplan los 180 días, mediante notificación por escrito al proveedor de atención médica. \_\_\_\_\_ *Intials*

**Divulgación a terceros:** Acepto que la información divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta a divulgación a terceros por parte del destinatario y dejará de estar amparada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996.

- Comprendo que:
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización
  - Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización
  - Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información de salud confidencial que se utilizará o divulgará
  - Las tarifas/cargos se cobrarán conforme a todas las leyes y reglamentaciones que se aplican a la divulgación de información

I have read the above and authorize the disclosure of the protected health information as stated.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of Patient/Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Relationship to patient

# OFFICE POLICY

Please sign and date that you  
Have read and understand  
Our Office Policy  
on the next two pages.

THANK YOU

---

Printed Name of Patient or Personal Representative

---

Relationship

---

Date

---

Signature of Patient or Personal Representative

---

Date

---

Witness

---

Date

# OFFICE POLICY

## City of Bryan/BISD Employee Health Center

Welcome to the City of Bryan/BISD Employee Health Center. Our practice is committed to providing comprehensive, patient-centered healthcare to you and your family.

**Care Team Responsibilities:** We pride ourselves on providing you with team-based care in which each member of your care team fully utilizes their specific skills and abilities. Your care team may be comprised of providers, nurses, medical assistants and office associates.

**Communication:** We work to coordinate your care across multiple settings, including primary care, other specialties, urgent care and emergency medicine. Below are the communication processes you can expect from us:

- Any procedures, tests and prescribed medications are accessible by your care team in your electronic medical record.
- We will release information ONLY to you, or to the individual you designated on the Medical Release of Information form.

These efforts are part of our mission to eliminate duplicate paperwork, unnecessary tests and, most importantly, provide the care you need, when you need it and in a manner which you can understand.

**Our Expectations of Our Patients:** In order to allow us to provide you with the best possible care, it is important that you share your physical and mental health history, your medication lists, allergies and any social factors (living situation, relationship status, etc.) which may affect your physical, mental or emotional health. Please also provide the names and contact information of other providers you may be seeing. This way, we can understand your health from a whole-person perspective. In the following sections you will find more information about our expectations from you as our patient.

Thank you for choosing the City of Bryan/BISD Employee Health Center to provide care for you and your family.

## Employee Health Center Hours, Express Care Locations and Appointment Types

### EMPLOYEE HEALTH CENTER BUSINESS HOURS

(Please note – all hours are subject to change)

Monday–Thursday 7:30 a.m. – 5:30 p.m. Closed 12:00 – 1:00 p.m. for Lunch  
Monday-Friday Walk-Ins (Limited Availability for Acute Care ONLY) 7:30 – 8:30 a.m.  
Friday 7:30 a.m. – 3:00 p.m. Saturday 8:00 a.m. – 12:00 p.m.

- **Walk-Ins:** We are able to see a limited number of walk-ins Monday-Friday between 7:30 & 8:30 a.m. These visits are 15 minutes long and for acute illnesses only.
- **Same Day Appointments:** We are pleased to offer you the convenience of same day appointments for routine and sick visits. Your provider has a limited number of appointments reserved for these visits and, while we cannot always guarantee that your provider has availability, we will make every effort to work you in with another provider.
  - **Routine Visits** – yearly physicals, check-ups, wellness visits, etc.
  - **Sick Visits** – fever, sore throat, flu, colds, abdominal pain, etc.

### CHI ST. JOSEPH HEALTH EXPRESS CARE LOCATIONS

College Station Express Care  
4401 Hwy 6 South, College Station  
(979) 731-5200

Bryan Express Care  
2010 East Villa Maria, Bryan  
(979) 821-7373

- **After Hours Care:** Please go to one of the Express Care locations listed above or to a CHI St. Joseph Health Emergency Room. Co-pays and deductibles will apply.

- **Urgent Care:** If you are experiencing any of the following symptoms or have a medical emergency, REPORT TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM IMMEDIATELY – not to the Employee Health Center or Express Care.
  - Chest pain, especially in men over 35 and women over 45.
  - Shortness of breath
  - Vomiting blood
  - Stroke
  - Fainting spells, especially in men over 35 and women over 45.
  - Throat swelling from allergic reaction

### Arriving for Your Appointment

- **Please remember to bring past medical and/or vaccination records, medication, insurance card and photo ID.**
- **New Patients:** You are encouraged to be at least 30 minutes early to your appointment to fill out new patient paperwork. If you have already completed your new patient paperwork, please arrive 15 minutes early.
- **Established Patients:** You are encouraged to be 10-15 minutes early to your appointment.
- If you are **more than 5 minutes late**, the front staff will inform you that you are late and we will work with you to either reschedule your appointment with:
  - The other provider for the same day, if an open time slot is available, or
  - Your provider for the next available appointment
- **Cancellations:** Please call at least 1-hour before your appointment if you need to cancel. This allows us to provide that time slot to another patient. If you do not contact our office to cancel your appointment within the minimum 1-hour notice of your appointment time, this will result in a NO SHOW appointment.
- **No Show Appointments:** If you do not come in for your appointment and did not call to cancel or reschedule 1-hour in advance, you will be considered a NO SHOW. After your first NO SHOW, you will be sent a warning letter in the mail. If you then NO SHOW 2 more times, you will not be able to schedule an appointment for the next 6 months and will need to rely on walk-in times, Monday-Friday between 7:30 & 8:30 a.m., if available.
- **Treatment of Minors:** We are happy to see children ages 2 to 5 for acute illnesses only and children over 5 years of age for all medical care. Patients under the age of 18 must be accompanied by a parent/guardian or have written permission for every visit for treatment from a parent/guardian if they are accompanied by another adult.
- **Cell Phone Usage:** In order to provide the best care possible, we request no cell phone usage during patient visits. It is in the interest of your health and safety that you give your full attention to your provider and be an active participant in your treatment plan.

### Prescriptions and Medications

- **Medications:** Please bring all your current medications with you to every appointment. We ask you to bring your medications in the original bottle(s) so we may verify each medication's name, dosage, etc. This information will allow your provider to better care for you. We may not refill a specific medication if the medication bottle was not brought into verify the medication, dosage, etc.
- **Prescriptions and Refills:** The best time to get a prescription refill is at your appointment. If you need a refill, please contact your pharmacy and allow 48 hours for processing. DO NOT wait until you have run out of medication. Some medications have potential side effects that must be monitored. We require check-ups every 3-4 months for these medications. Be sure to keep these follow-up appointments.  
Some prescriptions cannot be called in; these are controlled substances that require a triplicate prescription. The prescription must be written for you to pick up and will be processed within 48 hours. You are required to bring a photo ID each time you pick up these prescription(s). For your safety, only the Patient or Guardian of the patient may pick up the triplicate prescription.
- **Narcotic Prescriptions:** We DO NOT prescribe narcotics. If you require chronic use of narcotics, our providers will refer you to the Employee Health Center medical director or a pain management specialist.

Dear Patient/Responsible Party:

State law requires healthcare providers to notify consumers of the insurance networks that they participate in. This CHI St. Joseph Health facility participates in, but not limited to, the following insurance networks.

**Commercial**

Aetna EPO, PPO, POS, Open Access	Great-West Healthcare	PHCS
Ambetter EPO, HMO	HealthSmart Preferred Care PPO	Provider Select PPO
Beech Street PPO	Humana Tricare Prime Remote, Standard	Three Rivers Provider Network PPO
Blue Cross Blue Shield Blue Essentials, PPO, POS	Independent Medical Systems PPO	TriWest VAPC3, VA
Cigna PPO, Open Access, HMO*, LocalPlus*	Molina Marketplace HMO	United HealthCare
Coventry/First Health PPO	MultiPlan PPO	USA Managed Care Organization PPO
FirstCare PPO, HMO*	Nexcaliber PPO	
Galaxy Health Network PPO	NX Health	

\*HMO network participation is limited to plans offered in our local coverage area. HMO and other Limited Network plans offered by employers in surrounding areas may not be included in our local coverage area and would require prior authorization.

**Medicare**

Aetna Medicare Advantage HMO, POS, PPO	Human Medicare Advantage PFFS, PPO	United HealthCare Medicare Advantage PPO
Care Improvement Plus Administered by UHC	Molina Medicare Advantage Option, Options Plus, MMP	Traditional Medicare Part B

**Medicaid**

Amerigroup STAR, STAR+PLUS, CHIP	Molina STAR, STAR+PLUS, CHIP, CHIP Perinate	Superior STAR, STAR+PLUS, Foster Care, CHIP, CHIP Perinate
Blue Cross Blue Shield STAR, STAR+PLUS, STAR Kids, CHIP	RightCare STAR	Texas Medicaid

**Workers' Compensation**

Beech Street	Galaxy Health Network	Political Subdivision Workers Comp Alliance
CorVel	Injury Management Organization	Prime Health Services
Coventry	MultiPlan	Rockport Healthcare

**Sports Injury**

Health Special Risk	Lonestar Athletic Network	Texas Kids First
---------------------	---------------------------	------------------

If you have questions regarding a bill from a CHI St. Joseph Health facility, please contact the appropriate Patient Financial Services department listed below.

- For Clinic Billing: (888) 275-9403 Monday-Friday, 8am-5pm
- For Hospital Billing: (979) 776-3952 Monday-Friday, 8am-5pm

In addition to services provided by this CHI St. Joseph Health facility, other caregivers may participate in caring for you or your family member. The caregivers listed below are not employees of this facility. They bill separately for the services they provide and they may not necessarily participate in the same insurance networks as this CHI St. Joseph Health facility.

If you have questions for one of these caregivers, please contact their office(s) directly for assistance at the numbers listed below:

<b>Radiologists:</b> Bryan Radiology Associates (979) 776-8291	<b>Anesthesiologists:</b> American Anesthesiology of Texas, Inc (979) 776-4777	<b>Pathologists:</b> Brazos Valley Pathology (866) 790-9722	<b>Hospitalists:</b> Sound (877) 636-7852
--	--	---	---

**Above all – Thank you for choosing this CHI St. Joseph Health facility for your and your family's needs.**

Sincerely,  
CHI St. Joseph Health

# Aviso de Prácticas de privacidad



*Fecha de entrada en vigencia: 4/2003. Revisado en 11/2014*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CON ATENCIÓN.**

*Si tiene alguna pregunta sobre este aviso conjunto, contacte con nuestra Oficina de privacidad y responsabilidad corporativa (Corporate Responsibility Privacy Office) llamando al (979) 776-5316 o escriba a 2801 Franciscan Drive, Bryan, Texas 77802.*

## Definiciones

**Aviso de prácticas de privacidad (el Aviso)** - un aviso por escrito de acuerdo con la Ley de transferibilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y la Ley sobre la tecnología de la información médica para la salud clínica y económica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH), promulgada como parte de la Ley de recuperación y reinversión de Estados Unidos (American Recovery and Reinvestment Act, ARRA) de 2009, que se ofrece en el CHI St. Joseph Health (St. Joseph) a un individuo o al representante personal de un individuo la primera vez que se le brinda un servicio o en la siguiente visita del individuo tras una revisión en el Aviso, que describe los usos y divulgaciones de la información médica de salud protegida que puede realizar CHI St. Joseph Health y los derechos de un individuo y las obligaciones legales de CHI St. Joseph Health con respecto a la información de salud protegida.

**Información de salud protegida (PHI, en inglés)** - información de salud identificación individual que se transmite o se mantiene de cualquier forma o medio, incluidos los medios electrónicos. La información de salud protegida no incluye los registros de empleo que posea CHI St. Joseph Health en su rol de empleador.

**CHI St. Joseph Health**, miembro afiliado de Catholic Health Initiatives (CHI), y otros miembros afiliados de CHI participan en un acuerdo de atención médica organizada (OHCA, en inglés) para compartir información de salud para gestionar actividades operativas conjuntas. Puede ver una lista completa de miembros afiliados de CHI en [www.catholichealthinitiatives.org](http://www.catholichealthinitiatives.org) haciendo clic en "Locations" (Ubicaciones). Puede acceder a una copia impresa de esta política a pedido. El OHCA de CHI puede utilizar y divulgar su información médica para proporcionar operaciones de tratamiento, pago o atención médica para los miembros afiliados e incluye actividades como la gestión de sistemas de información integrada, intercambio de información médica, servicios financieros y de facturación, seguros, mejora de la calidad y actividades de gestión de riesgos.

CHI St. Joseph Health, lo que incluye CHI St. Joseph Health Regional Hospital, CHI St. Joseph Health Bellville Hospital, CHI St. Joseph Health Grimes Hospital, CHI St. Joseph Health Madison Hospital, CHI St. Joseph Health Burleson Hospital, CHI St. Joseph Health Skilled Nursing and Rehabilitation, CHI St. Joseph Health Assisted Living, CHI St. Joseph Health Rehabilitation Center, y CHI St. Joseph Health Medical Group.

El OHCA de CHI St. Joseph Health puede utilizar y divulgar su información médica para proporcionar tratamientos, recibir pagos u operaciones de atención médica para los miembros afiliados e incluye actividades como la gestión de sistemas de información integrada, intercambio de información médica, servicios financieros y de facturación, seguros, mejora de la calidad y actividades de gestión de riesgos.

### **CÓMO MODO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Para Tratamiento.** Usaremos su información médica para proporcionarle tratamiento de atención médica y para coordinar o gestionar servicios con otros proveedores de atención médica, incluidos terceros. Podemos divulgar la totalidad o parte de su información médica a su médico tratante, sus médicos consultores, enfermeros, técnicos, estudiantes de profesiones médicas u otro personal de centro o de atención médica que tenga una necesidad legítima de esa información para brindarle atención. Los diferentes departamentos de centro compartirán su información médica para coordinar los servicios de atención médica que necesite, como recetas, trabajos de laboratorio y radiografías. Podemos divulgar su información médica a familiares o amigos, tutores o representantes personales que participen en su atención médica. Podemos usar y divulgar su información médica para contactar con usted para recordarle citas y proporcionarle información sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento, así como otros beneficios o servicios relacionados con la salud. También podemos divulgar su información médica a personas fuera del centro que puedan participar en su atención médica tras salir del centro, como otros médicos involucrados en su atención, hospitales especialidades, centros de enfermería especializada y otros servicios relacionados con la atención médica. Podemos usar y divulgar su información médica a redes de recetas para obtener sus beneficios para recetas de responsables de pagos, para obtener su historial de medicamentos de diferentes proveedores de atención médica en la comunidad como farmacias, y para enviar sus recetas por vía electrónicamente a la farmacia.

**Para pagos.** Usaremos y divulgaremos su información médica para actividades que son necesarias para recibir pago por nuestros servicios, como determinar la cobertura de seguros, facturación, pago y cobro, gestión de reclamos y procesamiento de datos médicos. Por ejemplo, podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que está planificando para que pueda recibir la aprobación o para determinar si su plan pagará el tratamiento propuesto. Podemos divulgar su información médica a otros proveedores de atención médica para que puedan recibir el pago de servicios de atención médica que le hayan brindado, como su médico personal y otros médicos participantes en su atención médica, como un anestesista, un patólogo, un radiólogo, o un médico de emergencias y servicios de ambulancia. También podemos proporcionar información a otros terceros o individuos responsables del pago de su atención médica, como el asegurado nombrado en la póliza de salud que recibirá una explicación de beneficios (EOB, en inglés) para todos los beneficiarios cubiertos por el plan del asegurado.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información médica para operaciones rutinarias del centro, como planificación y desarrollo empresariales, revisión de calidad de los servicios proporcionados, auditoría interna, acreditación, certificación, otorgamiento de licencias o credenciales (incluidas las actividades de otorgamiento de licencias o credenciales de profesionales de atención médica), investigación médica y capacitación para personal y estudiantes, evaluando su satisfacción con nuestros servicios, y a otras entidades de atención médica que tengan relación con usted y necesiten la información con fines operativos. Podemos usar y divulgar su información médica a las agencias externas responsables de supervisar sus actividades de atención médica, como la Joint Commission (Comisión conjunta), organizaciones externas de control de calidad y examen entre pares, y organizaciones de otorgamiento de credenciales. También podemos usar y divulgar información médica a asociados empresariales con quien hemos establecido un contrato para realizar servicios en nuestro nombre como organizaciones de encuestas de satisfacción del paciente. También



podemos divulgar su información médica a fabricantes de dispositivos o compañías farmacéuticas para esas compañías para cumplir sus obligaciones legales con las agencias estatales y federales.

**Intercambio de información de salud con CHI.** CHI St. Joseph Health como un miembro del OHCA de CHI, participa en Intercambio de información de salud (HIE, en inglés) con CHI. Su información médica se mantiene electrónicamente y los proveedores de atención médica, empleados, contratados o asociados de alguna otra forma a CHI St. Joseph Health y los miembros del OHCA de CHI podrán acceder a, usar, y divulgar su información médica para tratamiento, pago y operaciones del atención médica.

**Intercambio de información de Salud.** CHI St. Joseph Health participa en un intercambio electrónico protegido de información médica con otras entidades afiliadas de atención médica. En la medida en que la ley lo permita, su información médica podrá compartirse a través de este intercambio para proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a proveedores de atención médica, planes de pago de salud y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas.

Para excluirse de este intercambio de información de salud, contacte con: puede escribir a los Servicios de acceso del paciente (Patient Access Services) a 2801 Franciscan Drive, Bryan, TX 77802 y solicitar un formulario de exclusión o llamar al (979) 776-2908.

Con respeto a clínicas de médicos, por favor comuníquese directamente con la clínica, para someter una petición para dejar de participar en el intercambio. Para más información, póngase en contacto con nuestra Oficina de Responsabilidad Corporativa de Privacidad al (979) 776-5316, o por escrito a Oficina de Responsabilidad Corporativa de Privacidad, 2801 Franciscan Drive, Bryan, TX 77802.

**Directorio del centro.** El directorio del centro está disponible para que sus familiares, amigos y el clero puedan visitarlo y, por lo general, saber cómo se encuentra. Es posible que incluyamos su nombre, su ubicación en el centro, su estado general (por ejemplo, bueno o estable), y su filiación religiosa en el directorio del centro. La información del directorio, salvo su filiación religiosa, podrá divulgarse a las personas que pregunten por usted por su nombre. Su nombre y su filiación religiosa podrán proporcionarse a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino, incluso aunque no pregunten por usted mencionando su nombre. Debe notificar directamente a admisiones o al departamento de servicios de registro del centro de CHI St. Joseph Health verbalmente o por escrito si no desea que divulguemos información sobre usted en el directorio del centro. Si no quiere que se divulgue información en el directorio del centro, no podemos decir a personal de servicios de entrega de flores o de otro tipo ni a amigos y familiares, que está aquí, ni comunicarles su estado general.

**Comunicaciones futuras.** Podemos enviarle comunicaciones con boletines u otros medios en relación con opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de gestión de manejo de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participe nuestro centro.

**Actividades para la recaudación de fondos.** Podremos usar su información médica o divulgar su información médica a una fundación relacionada con nosotros para esfuerzos de CHI St. Joseph Health en recaudación de fondos. Estos fondos se usarían para ampliar y mejorar los servicios y programas que brindamos a la comunidad. Únicamente divulgaremos información como su nombre, su dirección y otra información de contacto, edad, sexo, fecha de nacimiento, estado del seguro de salud, fechas en que recibió tratamientos o servicios de nosotros, el departamento del servicio y el resultado de dichos servicios.

No condicionamos el tratamiento o el pago de los servicios basándonos en la participación de un individuo en la recaudación de fondos. Tiene derecho a excluirse de recibir dichas comunicaciones. Para excluirse de estas comunicaciones, contacte con: CHI St. Joseph Health Foundation al (979) 774-4087 o puede escribir a la fundación CHI St. Joseph Health Foundation a 2801 Franciscan Drive, Bryan, Texas 77802.

**Investigación.** Podemos usar y divulgar su información médica a investigadores cuando usted autorice el uso y la divulgación de su información médica o cuando un comité de revisión institucional y/o un comité de privacidad aprueben una renuncia de autorización para el uso y la divulgación de su información médica para un estudio de investigación. Una renuncia puede permitir que un investigador utilice o divulgue su información para preparar la investigación, para evaluar e identificar a los participantes para su inclusión en un estudio de investigación, o para realizar una investigación sobre la información de un fallecido.

**Donación de órganos y tejidos.** Si es un donador de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones encargadas de la búsqueda de órganos, del trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación o el trasplante de órganos o tejido.

## **USOS Y DIVULGACIONES EXIGIDOS O PERMITIDOS POR LA LEY**

**Según los requisitos de las leyes federales y locales, se nos exige o se nos permite comunicar su información médica con varios fines. Algunos de estos requisitos y permisos son:**

**Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios de salud pública para actividades como, prevenir o controlar una enfermedad contagiosa, bioterrorismo, lesiones o incapacidad; para informar nacimientos y defunciones; para denunciar sospechas de abuso o negligencia a menores, mayores, o cónyuges; para denunciar reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos; para brindar información a los Centers for Disease Control (Centros para el control de enfermedades) federales o a registros autorizados de cáncer nacionales o estatales para la agregación de sus datos.

**Esfuerzos de ayuda en caso de desastres.** Podemos divulgar su información médica a una entidad que asista en un esfuerzo de ayuda en caso de desastres, como la Cruz Roja de Estados Unidos, para que pueda informarse a su familia acerca de su estado y ubicación.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Entre esas agencias están los centros de servicios de Medicare y Medicaid, así como agencias estatales de supervisión profesional o comités como los comités nacionales estatales médicos o de enfermería. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree actividades como tratamiento y gastos en atención médica y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su información médica como respuesta a una orden judicial o administrativa, un citatorio, una solicitud de presentación de pruebas u otros procesos legales.

**Agentes del orden.** Podemos divulgar su información médica si un oficial encargado de hacer cumplir la ley nos lo solicita o si tenemos una obligación legal de notificar al agente del orden adecuado u otras agencias:

- Como respuesta a una orden judicial, un requerimiento, un mandato judicial, un citatorio judicial o un proceso legal similar.
- En relación con una víctima o a la muerte de una víctima de un delito en circunstancias limitadas.
- En circunstancias de emergencia para reportar un delito, la ubicación o las víctimas de un delito, o la identidad, descripción o la ubicación de una persona que presuntamente haya cometido un delito, incluidos delitos que pueden ocurrir en nuestro centro, como robo, desvío de medicamentos o intentos de obtener medicamentos ilegalmente.

**Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar información médica a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario para identificar a una persona que ha

muerto o para determinar la causa de la muerte. Podemos divulgar información para ayudar a un director de funeraria en el desempeño de sus funciones.

**Compensación laboral.** Podemos divulgar su información médica para los beneficios de compensación laboral o para programas similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades laborales si nos indica que la compensación laboral es el responsable del pago de sus consultas. Su empleador o la compañía de compensación laboral pueden solicitar todo el expediente médico para su reclamo de compensación laboral. Este expediente médico puede incluir detalles sobre su historial médico, medicamentos que toma actualmente y tratamientos.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Podemos divulgar su información médica cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otra persona o del público.

**Seguridad nacional.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales para actividades nacionales de seguridad y para la protección del Presidente y otros Jefes de Estado.

**Militares y veteranos.** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares. También podemos divulgar información médica acerca del personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

**Reclusos.** Si es recluso de una institución penitenciaria o está bajo custodia de un agente del orden, podemos divulgar su información médica a la institución o el agente del orden. Esta divulgación sería necesaria para que la institución le proporcione atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otras personas por la seguridad y la protección de la institución penitenciaria.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Otros usos de su información médica no cubiertos por este aviso o las leyes aplicables a CHI St. Joseph Health se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos da autorización para usar o divulgar su información médica, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Cuando recibamos su revocación por escrito dejaremos de usar o divulgar su información médica con motivo de su autorización. Sin embargo, no podemos recuperar las divulgaciones ya realizadas en virtud de su autorización previa.

CHI St. Joseph Health obtendrá su autorización para usar y divulgar su información médica con estos fines específicos cuando lo requieran la ley y los reglamentos:

### **Marketing**

El marketing es una comunicación sobre un producto o servicio que podría interesarle adquirir. Si CHI St. Joseph Health recibe el pago de un tercero para que CHI St. Joseph Health promocióne el producto o servicio, CHI St. Joseph Health deberá obtener su autorización por escrito antes de que podamos usar y divulgar su información médica. CHI St. Joseph Health no tiene la obligación de obtener su autorización para hablar con usted sobre las opciones de tratamiento de atención médica de CHI St. Joseph Health, productos relacionados con la salud, gestión de casos o coordinación de atención o para indicar o recomendar alternativas de tratamiento, terapias, proveedores o ámbitos de la atención, proporcionar debates presenciales y ofrecer muestras o regalos promocionales de valor nominal.

Tiene derecho a revocar su autorización de marketing y CHI St. Joseph Health respetará la revocación. Para excluirse de estas comunicaciones, contacte con: el Departamento de Comercialización y Comunicaciones al (979) 776-2458 o escriba Comunicaciones de marketing (Marketing Communications) a 2801 Franciscan Drive, Bryan, Texas 77802.

### **Notas de psicoterapia**

Las notas de psicoterapia son notas que toma un profesional de la salud mental para documentar o analizar el contenido de una conversación durante una sesión privada de asesoramiento o una sesión de asesoramiento grupal, conjunta o familiar. Si las notas de psicoterapia se mantienen por separado del resto de su información médica, no podrán usarse o divulgarse sin su autorización por escrito, excepto cuando la ley lo exija.

### **Información médica confidencial**

Podemos obtener de usted una autorización por separado, cuando lo exijan leyes específicas estatales y federales, para usar o divulgar información médica confidencial, como información psiquiátrica, sobre abuso de sustancias, enfermedades infecciosas o información de pruebas genéticas.

### **Venta de información médica**

CHI St. Joseph Health obtendrá su autorización para cualquier divulgación de su información médica cuando CHI St. Joseph Health reciba remuneración directa o indirecta por el intercambio de información médica.

## **ESTE AVISO NO SE APLICA A LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD**

Algunas actividades de CHI St. Joseph Health pueden no estar cubiertas por este aviso. Si busca servicios en ferias de bienestar o salud, por servicios de salud ocupacional, servicios de salud laboral o servicios de laboratorio de acceso directo, este aviso y su contenido no son aplicables.

## **SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE MÉDICA**

***Usted tiene los siguientes derechos en relación con su información médica:***

***Derecho a inspeccionar y copiar.*** Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica y recibir una copia de su expediente médico, su registro de facturación u otros registros que puedan usarse para tomar decisiones sobre su atención. El derecho a inspeccionar y recibir una copia podrá no aplicarse a las notas de psicoterapia que se mantengan por separado de su información médica.

Su solicitud de inspeccionar y recibir una copia de su información médica deberá remitirla por escrito. Podemos cobrar una tarifa por solicitudes de documentos que cubra los costos de copia, franqueo y otros suministros. Tiene derecho de solicitar su información médica en formato electrónico. CHI St. Joseph Health proporcionará su información médica en la forma que solicite, si es posible, o en un formato acordado mutuamente.

En circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar o recibir una copia de su información médica. Si denegamos su solicitud, le notificaremos el motivo. Si se deniega el acceso a su información médica, podrá solicitar que se revise la denegación. Un profesional de atención médica con licencia elegido por CHI St. Joseph Health revisará su solicitud y la denegación. La persona que lleve a cabo la revisión no será la misma persona que haya rechazado su solicitud. Nosotros respetaremos el resultado de la revisión.

***Derecho a hacer correcciones.*** Tiene derecho a solicitar una corrección de su información médica que crea que es incorrecta o incompleta. Remita su solicitud por escrito, incluyendo su motivo para la corrección, utilizando nuestra "Solicitud de corrección de PHI" y envíe lo siguiente:

Para CHI St. Joseph Health incluyendo CHI St. Joseph Health Bellville Hospital, envíe su solicitud por escrito, incluyendo el motivo de la modificación, usando nuestro formulario "Solicitud de Corrección a la información personal de salud o PHI" a esta dirección: Health Information Management, 2801 Franciscan Drive, Bryan, Texas 77802, o comuníquese al (979) 776-2524. En su solicitud debe indicar las entidades que su solicitud es aplicable.

Nosotros podemos rechazar su solicitud de corrección si no se hace por escrito o si no incluye una razón para respaldarla. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que corrijamos información que:

- No haya sido creada por CHI St. Joseph Health, a menos que la persona o entidad que la haya creado ya no está disponible para hacer la corrección.
- No sea parte de la información médica en poder o bajo el control de CHI St. Joseph Health.
- No sea parte de la información que a usted le está permitido inspeccionar y copiar.
- Sea exacta y completa.

**Derecho a una rendición de cuentas sobre las divulgaciones.** Se nos exige mantener una lista de ciertas divulgaciones de su información médica. Sin embargo, no se nos exige mantener una lista de ciertas divulgaciones que hayamos realizado actuando de acuerdo con sus autorizaciones por escrito. Tiene derecho a solicitar una rendición de cuentas sobre las divulgaciones que no estén sujetas a su autorización por escrito.

Envíe su solicitud por escrito utilizando nuestro formulario "Solicitud de rendición de cuenta de divulgaciones de PHI" y envíelo a las siguientes direcciones:

Para CHI St. Joseph Health incluyendo CHI St. Joseph Health Bellville Hospital, envíe su solicitud por escrito utilizando nuestro formulario "Solicitud de informe de divulgaciones de PHI" a esta dirección: Health Information Management, 2801 Franciscan Drive, Bryan, Texas 77802 o comuníquese al (979) 776-2524. En su solicitud debe indicar las entidades que su solicitud es aplicable.

Su solicitud debe incluir un periodo de tiempo, que no puede ser mayor a seis años desde la fecha de la solicitud. Indique además en su solicitud si prefiere recibir una respuesta de rendición de cuentas en formato impreso o electrónico. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Si desea listas adicionales podemos cobrarle los costos de proporcionárselas. Le notificaremos el costo incurrido y podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o una limitación sobre cuánto de su información médica podemos usar o divulgar para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una restricción sobre el uso o la divulgación de información médica a alguien que participe en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo.

*No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

Tiene derecho a solicitar restricciones en las divulgaciones de su información a un plan de salud en relación con un elemento o servicio específico de atención médica que usted, o alguien en su nombre (distinto al plan de salud), haya pagado en su totalidad. Se nos exige cumplir con su solicitud para este tipo específico de restricción. Por ejemplo, si buscaba servicios de asesoramiento y ha pagado en su totalidad los servicios en lugar de remitir los gastos a un plan de salud, podrá solicitar que su información médica relacionada con los servicios de asesoramiento no se divulguen a su plan de salud.

Remita su solicitud por escrito o solicite y remita un formulario de "Solicitud de restricción de uso o divulgación de información de salud protegida (PHI)" y envíelo a las siguientes direcciones:

Para CHI St. Joseph Health incluyendo CHI St. Joseph Health Bellville Hospital, envíe su solicitud por escrito o presente una "Solicitud de Restricciones para usar o revelar información de salud protegida" a esta dirección: Health Information Management, 2801 Franciscan Drive, Bryan, Texas 77802 o comuníquese al (979) 776-2524. En su solicitud debe indicar las entidades que su solicitud es aplicable.

Debe incluir: una descripción de la información que desea restringir, si desea restringir nuestro uso o nuestra divulgación o ambos, y a quién desea que se aplique la restricción.

***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.*** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con los asuntos de atención médica de cierta manera o en cierto lugar. Infórmenos durante el proceso de registro del paciente si tiene intención de remitir una solicitud. Si podemos cumplir su solicitud, se respetará en el centro en el que se le brinde tratamiento y deberá volver a remitirse si visita otro centro dentro de CHI St. Joseph Health. Por ejemplo, puede pedirnos que únicamente contactemos con usted en una ubicación alternativa a su dirección particular, como en su trabajo, o que contactemos con usted únicamente por correo en lugar de por teléfono. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que contactemos con usted. No exigimos un motivo para la solicitud. Cumpliremos todas las solicitudes que sean razonables.

***Derecho a recibir aviso de vulneración de privacidad.*** Tiene derecho a recibir notificación por escrito si CHI St. Joseph Health detecta una vulneración en la protección de información médica protegida que involucre su información médica. Vulneración se refiere a la adquisición, el acceso a, el uso o la divulgación no autorizados de información médica protegida que comprometa la seguridad o la privacidad de la información. El aviso incluirá una descripción de la vulneración, la información médica implicada, los pasos que hemos seguido para mitigar la vulneración y medidas que quizá tenga que tomar como respuesta a la vulneración.

***Derecho a una copia impresa de este aviso.*** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Si aceptó recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

Para hacer preguntas sobre cualquiera de estos derechos, o para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con nuestra Oficina de Responsabilidad Corporativa de Privacidad (Corporate Responsibility Privacy Office) al (979) 776-5316 para recibir asistencia o nos puede escribir al Oficina de Responsabilidad Corporativa de Privacidad, 2801 Franciscan Drive, Bryan, Texas 77802. También puede obtener una copia de este aviso en la página web de CHI St. Joseph Health en <http://www.chistjoseph.org>.

### **MODIFICACIONES DE ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho a que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la información médica que ya tengamos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de aviso actualizado en el centro y en nuestro sitio web (si procede) en <http://www.chistjoseph.org>. El aviso incluirá la fecha de entrada en vigencia. En su registro o admisión iniciales en el centro para su tratamiento o sus servicios de atención médica como paciente hospitalizado o ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso actualmente en vigencia. Siempre que se revise el aviso, estará a su disposición si lo solicita.

### **RECLAMOS**

También puede presentar un reclamo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) si cree que hemos incumplido nuestras prácticas de privacidad.

Puede presentar un reclamo ante nosotros contactando con nuestra Oficina de Responsabilidad Corporativa de Privacidad (Corporate Responsibility Privacy Office) llamando al (979) 776-5316 para obtener asistencia o puede escribir al Oficina de Responsabilidad Corporativa de Privacidad, 2801 Franciscan Drive, Bryan, Texas 77802.

No tomaremos medidas contra usted ni cambiaremos el tratamiento que le estemos prestando en modo alguno si presenta un reclamo.

## Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco recibir una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad de CHI St. Joseph Health, Bryan, Texas.

---

Firma del Paciente o el Representante Autorizado

---

Fecha

January 1, 2019

Dear Patient,

Thank you for trusting your health care to CHI St. Joseph Health System. Since 1936, our goal has been to provide excellent care to help you maintain the best health possible.

We share this letter with you to inform you of changes being made in our billing policies for the CHI St. Joseph Health hospitals and clinics. Similar to the changes being made at hospitals across the country, CHI St. Joseph Health is taking a more active role in the care delivered in clinic locations outside of the hospital, where most of patients' day to day medical needs are provided.

As a result, CHI St. Joseph Health is converting many of its physician clinics to hospital-based outpatient clinics. Hospital-based outpatient clinics are a way to increase collaboration between hospitals and physicians by emphasizing better coordination and communication between physician offices and hospital and focusing attention to quality and clinical outcomes. Provider-based clinics, such as CHI St. Joseph Health is creating, are required to meet the same stringent level of regulations that hospitals do.

Under our new policies, patients will continue to receive a bill from the doctor, but may also receive a separate bill for some "hospital-based services" provided by CHI St. Joseph Health Hospital. The amount you owe for your care will be determined by the services you receive from the hospital and services you receive from the doctor. For example, laboratory work and x-rays are provided by departments of CHI St. Joseph Health Regional Hospital and will be billed as a hospital-based service - even though they are delivered in an outpatient clinic environment. The professional services fee for care provided by your doctor will be billed as "physician services" by the physician group (such as CHI St. Joseph Health Primary Care).

With these changes, patients may receive two statements from their insurance carrier, one being for hospital-based services and the other for physician services. These statements will show any amount owed for the visit, as determined by your insurance plan's specific benefits.

### **Estimate of Charges**

Medicare requires that we provide you with an estimate of your Part A and Part B coinsurance amounts. These amounts will vary based on the type and number of services received. An estimate of your coinsurance amounts are as follows:

	Part A	Part B
Office Visit	\$11-\$17	\$12-\$27
Radiology	\$20-\$40	\$2-\$12
Minor Procedure	\$10-\$50	\$5-\$25

As your health care provider, CHI St. Joseph Health is committed to offering you the best care possible. We are also committed to helping you understand our financial and billing policies, so if you have questions regarding these billing policy changes, please contact your physician's office directly for more information.





## Autorización del paciente para Healthconnect en Greater Houston

\_\_\_\_\_ [NOMBRE DEL PARTICIPANTE] miembro de Healthconnect, una organización sin fines de lucro que provee una red electrónica segura para que sus miembros, entre los que se cuentan consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y pagadores de reclamos de salud tales como las compañías aseguradoras, puedan compartir su Información Médica Protegida (PHI) de manera confiable. La página [www.ghhconnect.org](http://www.ghhconnect.org) contiene una lista actualizada de los miembros de Healthconnect. Cuando Ud. se hace miembro de Healthconnect, los médicos pueden acceder a su PHI por medios electrónicos y utilizarla mientras Usted. está en tratamiento. Healthconnect no determina quien tiene acceso a sus registros pero permite que su información sea compartida de otra forma. Todos los miembros de Healthconnect deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales.

Si Ud. decide no afiliarse a Healthconnect, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.

Al firmar esta autorización, Ud. está de acuerdo con que Healthconnect y sus miembros actuales y futuros utilicen y divulguen de manera electrónica su Información Médica Protegida solo en casos de actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. Usted entiende que Healthconnect puede conectarse con otros miembros para intercambiar Información Médica en Tejas y el resto del país los cuales también deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Ud. también autoriza a Healthconnect para que comparta su información con otros miembros con los mismos fines limitados.

La información médica que puede ser compartida a través de Healthconnect comprende:

- Diagnósticos (síntomas o enfermedades)
- Resúmenes de tratamientos clínicos y copias de documentos de sus registros médicos
- Resultados de exámenes de laboratorio, rayos X y otros exámenes
- Medicinas (actuales y anteriores)
- Información personal tales como nombre, dirección, número de teléfono, género, etnicidad y edad
- Nombres de proveedores de salud y fechas de servicios
- Tratamientos de salud mental, abuso de drogas y bebidas alcohólicas y tratamientos y resultados de exámenes sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/HIV (AIDS)
- Tratamiento y resultados de exámenes de Hepatitis B o C
- Tratamiento y resultados de exámenes genéticos
- Información de genoma en caso de ser proporcionada
- Historia médica familiar en caso de ser proporcionada

Esta autorización es válida hasta que Ud. la cancele. Puede cancelarla en cualquier momento notificándolo por escrito a cualquiera de los proveedores de salud miembros de Healthconnect. La cancelación tendrá efecto a los tres (3) días de su notificación. Ud. entiende que esta cancelación no altera ninguna Información Médica Protegida previamente intercambiada mientras su autorización estaba vigente.

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

Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Escriba sus iniciales si Ud. no desea que sus proveedores vean sus registros a través de Healthconnect. \_\_\_\_\_