

Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente					
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Teléfono de Casa	Contacto Primario	
			Teléfono Celular	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo	
Fecha De Nacimiento / /	SSN#	Pais de Nacimiento	Teléfono del Trabajo		
Dirección de Envío			Apt#	Se puede dejar mensaje de voz : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se puede dejar un mensaje de texto : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>* Pueden aplicarse tarifas MSG y de datos</small> El mejor momento para contactarle : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Excluirse de toda Comunicación de Práctica <input type="checkbox"/>	
Ciudad	Estado	Código Postal			
Dirección de Casa (si es diferente al correo)			Correo Electrónico		
Ciudad	Estado	Código Postal	Idioma Preferido	¿Se necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estamos solicitando la siguiente información de todos los pacientes para poder comprender mejor las necesidades de nuestros pacientes y para fines de financiamiento y de informe de subvenciones.					
Género al Nacer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Género Preferido: Identidad de género – Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/ Transgénero <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Transgénero <input type="checkbox"/> De género no conformista (genderqueer), ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Elige no revelar Orientación sexual (Marque Uno) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Algo distinto, describa: _____ Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante Es usted un Veterano/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Miembro de la Junta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Empleado de HHLI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Etnicidad <input type="checkbox"/> Andaluz/a <input type="checkbox"/> Argentino/a <input type="checkbox"/> Asturiano/a <input type="checkbox"/> Balear <input type="checkbox"/> Boliviano/a <input type="checkbox"/> Zona del Canal <input type="checkbox"/> Canario/a <input type="checkbox"/> Castellano/a <input type="checkbox"/> Catalán/a <input type="checkbox"/> Centroamericano/a <input type="checkbox"/> Indio/a Centroamericano/a <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Chileno/a <input type="checkbox"/> Colombiano/a <input type="checkbox"/> Costarricense/a <input type="checkbox"/> Criollo/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Dominicano/a <input type="checkbox"/> Ecuatoriano/a <input type="checkbox"/> Gallego/a <input type="checkbox"/> Guatemalteco/a <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Hondureño/a <input type="checkbox"/> La Raza <input type="checkbox"/> Latinoamericano/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Indio/a Mexicano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Nicaragüense <input type="checkbox"/> No Hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> Panameño/a <input type="checkbox"/> Paraguayo/a <input type="checkbox"/> Peruano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Salvadoreño/a <input type="checkbox"/> Sudamericano/a <input type="checkbox"/> Indio/a Sudamericano/a <input type="checkbox"/> Español/a <input type="checkbox"/> Vasco/a <input type="checkbox"/> Uruguayo/a <input type="checkbox"/> Valenciano/a <input type="checkbox"/> Venezolano/a <input type="checkbox"/> No especifica	Estado De Vivienda <input type="checkbox"/> Dueno de Casa <input type="checkbox"/> Renta – Privado <input type="checkbox"/> Renta – Vivienda Publica (Section 8, NYCHA) <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Vivo en la calle/ carro <input type="checkbox"/> Vivo en hogar de transición <input type="checkbox"/> Vivo con otra familia Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Seperado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Compañero/a ¿Como supiste de nosotros? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Paciente/Amigo/a <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Folleto/Cartel <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Referencia de medico <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Facebook/Social Media <input type="checkbox"/> Otro _____			
Raza <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Indio/a Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Guameño/a o Chamorro/a <input type="checkbox"/> Japonés/a <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Nativo/a Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Otro/a isleño/a del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> No especifica		Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Reserva Militar <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporale <input type="checkbox"/> Desempleado/a			
Nombre del Empleador:					

Contacto de Emergencia				
Contacto de emergencia nombre completo			Relación	
Dirección			Teléfono	
Información para Padres/Guardián: Complete si el paciente es menor de 18 años de edad				Parte Responsable
Nombre de la Madre	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Nombre del Padre	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Nombre del Guardián	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Información del Seguro				
Nombre del Plan Primario			Número de Póliza	
Nombre del Asegurado		<input type="checkbox"/> Igual que paciente	Fecha de nacimiento del titular del seguro / /	
Relación del paciente con el asegurado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro/a:		Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro		
Nombre del Plan Secundario			Número de Póliza	
Información de Farmacia:				
Nombre de Farmacia		Teléfono	Dirección	
Médico de Atención Primaria				
Médico Primario		Teléfono	Dirección	
¿Tiene una Directiva Anticipada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Tiene un Testamento de vida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otros Proveedores de Atención de Salud				
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Estoy de acuerdo en permitir que Harmony Healthcare LI me contacte con respecto a mi información privada de salud, evaluación y tratamiento.				
Firma del Paciente o Representante			Fecha	
Verifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.				
Firma del Paciente o Representante			Fecha	

Formulario de Consentimiento de Harmony Healthcare LI, Inc.

Consentimiento para el tratamiento: Autorizo a Harmony Healthcare LI, Inc. (HHLI) y su personal médico, de enfermería y otros miembros del personal profesional, a proporcionar los servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que, a juicio del personal médico de HHLI, se consideran necesarios o aconsejables para mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidos los rayos X de diagnóstico, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de HHLI. La prueba del VIH ahora es parte de la atención de rutina y ya no se requiere el consentimiento por escrito. Tengo derecho a rechazar la prueba del VIH en cualquier momento. El HHLI ofrece servicios de planificación familiar. Entiendo que mi aceptación de los servicios de planificación familiar no es un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio ofrecido por el HHLI.

Divulgación de información: Autorizo a HHLI a utilizar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento de cuidado de la salud; (2) permitir que HHLI obtenga el pago por los servicios que me brinda; y (3) permitir a HHLI llevar a cabo operaciones comerciales y de atención de la salud ordinarias tales como la garantía de calidad, la planificación de servicios y la administración en general.

Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir información sobre:

- VIH o SIDA
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedad mental o cualquier condición de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Planificación familiar, embarazo y aborto
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas

Soy consciente de que Harmony Healthcare LI, Inc. puede compartir información con mis otros proveedores médicos para el tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de beneficios: Asigno a HHLI todos los beneficios a los que yo pueda tener derecho de parte de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y el tratamiento brindado por HHLI

Obligaciones Financieras: Estoy de acuerdo que, salvo que la ley limite o los acuerdos de HHLI con terceros pagadores, en el caso de falta de pago por parte de un tercero de quien yo he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios provisto en las instalaciones de HHLI de acuerdo con las tarifas y términos de HHLI vigentes a la fecha del servicio. También estoy de acuerdo en que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable.

Política de no presentarse a la cita- Aviso importante:

Recuerde ser cortés con nosotros y otros pacientes al llamar al menos 4 horas antes de la hora de su cita, para cancelar si no puede presentarse. Esto nos permitirá servir mejor a nuestros pacientes. Los pacientes que lleguen más de 15 minutos **tarde a** su cita serán considerados como que no se presentaron y deberán reprogramar su cita.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante del paciente para firmar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si el paciente no está firmando): _____

Informes al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York: Por la presente autorizo a HHLI a reportar cualquier inmunización que su personal médico me administre al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Healthix – Autorización de acceso a información del paciente

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección del paciente:	

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que Harmony Healthcare Long Island (incluidos sus agentes) acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley HIPAA [Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud] y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en www.healthix.org.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

<p>Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.</p>	
<input type="checkbox"/>	1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que Harmony Healthcare Long Island acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud.
<input type="checkbox"/>	2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Harmony Healthcare Long Island acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podré hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando a Healthix al 877-695-4749.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente:	Fecha:
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde):	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde):

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:

1. **Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
 - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
 - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.

2. **Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de abuso de alcohol o drogas y diagnóstico • Control de natalidad y abortos (planificación familiar) • Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas) • VIH/SIDA • Enfermedades mentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de transmisión sexual • Medicación y dosis • Información sobre el diagnóstico • Alergias • Informes sobre la historia de uso de sustancias • Observaciones clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes sobre altas hospitalarias • Información laboral • Composición familiar • Apoyo social • Registros clínicos sobre reclamos • Pruebas de laboratorio
--	---	--

3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En Healthix podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando al 877-695-4749.

4. **Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.

5. **Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de Healthix con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.

6. **Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, o llame a Harmony Healthcare Long Island al 516-296-3742 o visite el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

7. **Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.

8. **Periodo Efectivo.** Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que cambie su elección de consentimiento, en el caso de un menor hasta que cumpla 18 años, o hasta 50 años después de su muerte o hasta el momento en que Healthix deje de operar. Si Healthix se fusiona con otra Entidad calificada, sus opciones de consentimiento permanecerán vigentes con la entidad recién fusionada.

9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Healthix mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.

10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.



**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE
LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD
PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Harmony Healthcare LI, Inc. (HHLI), el cual describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y divulgada por HHLI y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y divulgación de esta información.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (Imprimir): _____

Nombre del Representante Personal: _____
(Imprimir) (Si es aplicable)

Relación con el Paciente: _____
(Si es aplicable)

Harmony Healthcare LI
Código de Conducta del Paciente

Harmony Healthcare LI (HHLI) cree en tratar a las personas con dignidad, respeto y cortesía.

Nuestro objetivo es apoyarlas para que estén sanas.

Para hacerlo, necesitamos tener un espacio seguro para todos los pacientes, clientes, familias y personal.

Como paciente, entiendo que HHLI espera que yo:

1. Sea respetuoso y considerado con los demás pacientes, el personal y cualquier otra persona en el centro de salud o en la propiedad de HHLI.
2. Sea respetuoso y considerado con la propiedad de HHLI y la propiedad de otras personas.
3. Proporcione información completa y correcta sobre mi salud. Esto incluye los problemas de salud que tengo ahora y he tenido en el pasado, los medicamentos que tomo, las veces que he estado en el hospital y cualquier otro asunto que tenga que ver con mi salud.
4. Proporcione la información correcta sobre mi seguro médico u otra información relacionada con el pago de mi atención.
5. Si tiene alguna pregunta sobre la atención o está insatisfecho con el servicio que recibió en nuestro consultorio, comuníquese con nuestro administrador del consultorio antes de salir de nuestra oficina para que se pueda tratar cualquier aclaración sobre su atención o los servicios que recibió.
6. Comunique todos los asuntos que desea discutir con el médico cuando programa su cita, para que se pueda asignar una cantidad de tiempo adecuada. Si no hace esto con anticipación, puede ser necesaria otra visita para que el médico pueda brindar a todos los pacientes el tiempo y la calidad de atención que merecen.
7. Las preguntas sobre su facturación del HHLI se pueden tratar comunicándose con el departamento de facturación al: 516-296-2700 Opción 1, Buzón núm. 60998
8. Sea cortés al usar su teléfono celular y otros dispositivos electrónicos. Cuando interactúe con cualquier miembro de nuestro personal, guarde sus dispositivos. Antes de guardarlo, configure el timbre para que vibre. No grabe ninguna parte de su visita al centro de salud sin el permiso del personal y de otros pacientes que pudieran ser grabados.
9. Se espera que los adultos supervisen a sus hijos.

Las siguientes conductas no son aceptables:

- Maldecir o decir palabrotas
- Usar lenguaje o un comportamiento amenazador o sexualmente inapropiado
- Intimidar o acosar al personal u otros pacientes
- Hacer amenazas de violencia o daño a través de llamadas telefónicas, cartas, buzón de voz, correo electrónico u otras formas de comunicación escrita, verbal o electrónica
- Agredir físicamente o amenazar con infligir daño corporal
- Dañar el equipo o la propiedad de la empresa
- Hacer gestos o comentarios amenazantes o despectivos
- Decir insultos raciales o culturales
- Poseer armas de fuego o armas
- Consumo de bebidas alcohólicas o drogas en el centro de salud o en la propiedad de HHLI
- Fumar en o cerca del centro de salud o la propiedad de HHLI
- Robar al centro, al personal del centro o a otros pacientes
- Publicaciones amenazantes o inapropiadas en las redes sociales sobre HHLI o su personal.

Esperamos que todos los pacientes sigan nuestro Código de Conducta. HHLI hará cumplir este Código de Conducta. Es posible que le pidamos que no venga a nuestro centro de salud si no lo sigue.

He recibido el Código de conducta del paciente. Entiendo mi responsabilidad de seguir el Código de conducta del paciente.

Firma del paciente

Nombre del paciente
en letra de imprenta

Fecha

Firma de testigo

Nombre del testigo
en letra de imprenta

Fecha

Determinación de Cumplimiento de los Requisitos para los Descuentos de Escala Móvil

Es la política de Harmony Healthcare LI Inc. (HHLI) la de ofrecerles servicios esenciales a todos los pacientes sin importar su capacidad para pagar. Los descuentos están establecidos por el Consejo de Directores para las consumidores de HHLI y se les ofrece con base en la información que las mismos consumidores proporcionan en cuanto al tamaño e ingreso familiar. Si usted cumple con los requisitos para los descuentos de la escala móvil de cuotas, ésta va a ser aplicada a todos las servicios que reciba en HHLI, pero no en aquellos servicios proporcionados fuera del Centro de Salud.

Por favor complete la siguiente información, aún si usted cuenta con seguro.

Ingreso Familiar Antes de Impuestos

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NÚMERO	Completo una sección de ingresos a continuación			
		INGRESO SEMANAL	INGRESO QUINCENAL	INGRESO MENSUAL	INGRESO ANUAL
Usted mismo					
Nombre:					
Cónyuge					
Menores dependientes					
Otros dependientes					
Total					

Me niego a proporcionar la información sobre mi ingreso y el tamaño de mi familia y estoy de acuerdo en pagar la cuota completa de HHLI.

SE REQUIERE UNA PRUEBA DE INGRESO ACEPTABLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS CON BASE EN UNA ESCALA MÓVIL. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, POR FAVOR MANTEGA A HHLI INFORMADO.

Yo certifico que toda la información arriba mostrada es verdadera, precisa y correcta. Entiendo que si HHLI determina que yo he tergiversado o falsificado información, no podré seguir recibiendo los descuentos y me pueden pedir que pague las descuentos que me han dado ofrecido.

Estoy de acuerdo en proporcionar la documentación de mi ingreso en mi próxima consulta.

Nombre (Imprimir) _____ Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

El personal completará lo siguiente

- | | | |
|---|---------------|----------------------------|
| 1. Elegible para los requisitos para las descuentos de la escala móvil: | Sí ___ No ___ | El pacientes se rehusó ___ |
| 2. En caso de haber respondido Sí, se proporcionó una prueba de ingreso | Sí ___ No ___ | El pacientes se rehusó ___ |
| 3. Sí cuenta con seguro, se proporcionó la tarjeta del seguro médico: | Sí ___ No ___ | No aplica ___ |
| 4. El paciente no reporta ingresos: | Sí ___ | |
| 5. El paciente no puede obtener una prueba del empleador: (Esto incluye paga en efectivo o ingreso de nómina) | Sí ___ | |

Family Planning Sliding Scale Code (SS1- SS5 or N/A) _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

HIPAA protege la privacidad y seguridad de la información médica del paciente tanto en forma escrita como electrónica y establece medidas de seguridad que los proveedores de atención médica deben implementar para proteger esa información. También regula qué la información médica se puede transmitir a otros proveedores y compañías de seguros médicos. El formulario de Autorización para Divulgación de Información de Salud, cuando está firmado, nos permite solicitar una copia de su expediente médico de otros consultorios, individuos u organizaciones específicas, según los datos indicados en el formulario.

Revise la Autorización para la divulgación de información de salud en la página siguiente y complete las secciones correspondientes.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
	Número de Seguro Social:
Dirección:	

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 4802493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).

7. Información de contacto del proveedor de atención médica o de la entidad a la que se divulgará esta información (de quien):		
Nombre:	Dirección:	
Teléfono:		
8. Información de contacto de las personas o de las entidades que recibirán esta información (a quien):		
Nombre:	Dirección:	
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico (email):
Detalles de entrega: (Seleccione una) <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Fax (incluya número de fax arriba) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (incluya email arriba) <input type="checkbox"/> Recoger en HHLI Roosevelt <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ 380 Nassau Road Roosevelt NY 11575 _____		
9 (a). Información específica a divulgar:		
<input type="checkbox"/> Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____ <input type="checkbox"/> El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica. <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Incluye: <i>(Indicar con iniciales)</i> _____ Tratamiento de alcohol/Drogas _____ Información de salud mental _____ Información relacionada con el VIH		

Autorización para discutir información médica (b). <input type="checkbox"/> Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo a _____ (Nombre del proveedor individual de atención medica) para discutir mi información médica con _____ Relación al paciente: _____	
10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro: _____	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

 Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

 Fecha:

***El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.**

**Harmony Healthcare Long Island, Inc.
Nassau University Medical Center
A. Holly Patterson Extended Care Facility**

Colectivamente el “Sistema de Salud”

NOTIFICACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

El Sistema de Salud está comprometido a mantener la privacidad de su información protegida de salud (sigla en inglés “PHI”), lo cual incluye PHI electrónica, de acuerdo con las estipulaciones de la Ley Health Insurance Portability and Accountability Act y la Ley de Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, y sus regulaciones (colectivamente las “Normas de HIPAA” sigla en Inglés), las cuales incluyen información acerca de su condición médica, de los cuidados y tratamientos que recibe del Sistema de Salud. Esta notificación detalla como su PHI puede ser usada y divulgada por terceras partes para llevar a cabo su tratamiento, pagos por el tratamiento, operaciones de cuidados de salud del Sistema de Salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley y las Normas HIPAA. Esta notificación también detalla sus derechos relacionados con su PHI

USO O DIVULGACIÓN DE PHI

1. El Sistema de Salud puede usar y/o divulgar su PHI para tratamiento, para el pago de su tratamiento y operaciones de cuidados de salud del Sistema de Salud. Los siguientes son ejemplos que pueden ocurrir de los tipos de usos y/o divulgación de su PHI. Estos ejemplos no contemplan todos los posibles tipos de uso y/o divulgación.

(a) Tratamiento – Para proveer, coordinar y manejar sus cuidados de salud el Sistema de Salud proveerá su PHI a los profesionales de cuidados de salud, sean o no personal del Sistema de Salud, directamente involucrados en sus cuidados para que ellos puedan entender su condición médica y sus necesidades, y le provean de consejo médico o tratamiento (por ejemplo, un especialista o laboratorio). Por ejemplo, un médico tratándolo por una enfermedad como artritis

puede que necesite saber cuáles son los medicamentos que se le han formulado por los médicos del Sistema de Salud.

(b) Pago – Para que sean pagados algunos o todos los servicios de cuidados de salud que se le han dado, el Sistema de Salud proveerá su PHI, directamente o a través del servicio de facturación a las terceras partes correspondientes, en virtud de sus requerimientos de facturación y pagos. Por ejemplo, el Sistema de Salud puede que necesite informarle a su plan de seguro sobre la necesidad de hospitalizarlo, de manera que el plan de seguro pueda determinar si pagará por estos gastos o no.

(c) Operaciones de Cuidados de Salud – Para que el Sistema de Salud opere de acuerdo con la ley aplicable y los requerimientos del seguro, como también para que el Sistema de Salud continúe ofreciendo cuidados eficientes y de calidad, puede que sea necesario que el Sistema de Salud recopile, use y/o divulgue su PHI. Por ejemplo, el Sistema de Salud puede usar su PHI para evaluar el desempeño de su propio personal al proveerle cuidados de salud o apoyar las actividades de negocio del Sistema de Salud. Estas actividades operacionales pueden incluir: evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento, programas de entrenamiento que involucren estudiantes, aprendices o practicantes bajo supervisión y actividades administrativas en general.

AUTORIZACIÓN NO REQUERIDA

1. Adicionalmente al tratamiento, pagos y operaciones de cuidados de salud, el Sistema de Salud puede usar y/o divulgar su PHI, sin su autorización escrita, en las siguientes circunstancias:

(a) Información no identificable - Su PHI está alterada y no lo identifica; aún sin su nombre no puede ser usada para identificarlo.

(b) Asociado de Negocios – Para un asociado de negocios, el cual es quien el Sistema de Salud contrata para proveer los servicios necesarios para su tratamiento, pagos por su tratamiento y operaciones de cuidados de salud (por ejemplo, servicio de facturación o de transcripción). El Sistema de Salud obtendrá satisfactoriamente una garantía escrita de acuerdo con la ley aplicable, en la que el asociado de negocios y sus subcontratistas protegerán apropiadamente su PHI.

(c) A usted o a su Representante Personal – A usted o a la persona a quien, bajo la ley aplicable, tiene la autoridad de representarlo en la toma de decisiones relacionadas con sus cuidados de salud.

(d) Actividades de Salud Pública – Tales actividades incluyen por ejemplo, información recopilada por la autoridad de salud pública, que autorizada por la ley, previene o controla enfermedades, lesiones o incapacidades. Esto incluye reportes de abuso o negligencia de menores.

(e) Escuelas – Las pruebas de vacuna(s) de un estudiante o prospecto pueden ser divulgadas a la escuela sin autorización escrita si la ley estatal requiere que la escuela tenga los registros de vacunas. El acuerdo de divulgación puede ser dado de manera escrita o verbal y documentado en la historia clínica del paciente.

(f) Administración de Alimentos y Medicamentos – Si la Administración de Alimentos y Medicamentos requiere que se reporten eventos adversos, productos defectuosos, problemas o desviaciones biológicas del producto, se haga seguimiento de productos, se autorice el retiro de productos del mercado, reparaciones o reemplazos o se conduzca la vigilancia tras el mercadeo.

(g) Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica – A una autoridad gubernamental si por ley el Sistema de Salud está obligado a realizar tal divulgación. Si por ley el Sistema de Salud está autorizado a realizar tal divulgación, lo hará de esta manera si considera que la divulgación se hace necesaria para prevenir serios daños o si el Sistema de Salud considera que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Cualquier divulgación será hecha de acuerdo con lo requerido por la ley, la cual incluye también una notificación para usted sobre la divulgación.

(h) Actividades de Supervisión de Salud – Tales actividades, las cuales deben ser requeridas por la ley, incluyen agencias gubernamentales involucradas en las actividades de supervisión que se relacionen con el sistema de cuidados de salud, programas de beneficio del gobierno, programas de regulación gubernamental y de ley de derechos civiles. Esas actividades incluyen, por ejemplo, investigaciones criminales, auditorias, acciones disciplinarias o actividades generales de supervisión relacionadas con el sistema de cuidados de salud comunitario.

(i) Acciones Judiciales y Administrativas • Por ejemplo, el Sistema de Salud puede solicitar que se divulgue su PHI en respuesta a una orden judicial o a una citación expedida legalmente.

(j) Con Fines de Cumplimiento de Ley – En ciertas instancias, su PHI no tendrá que ser divulgado al oficial de orden público para efectos de cumplimiento de ley. Los fines de cumplimiento de ley incluyen : (1) cumplimiento de un proceso legal (por ejemplo una citación) o como sea requerido por ley; (2) información para efectos de identificación y ubicación (por ejemplo, sospechoso o persona desaparecida); (3) información relacionada con una persona que se sospecha o es víctima de un crimen; (4) en situaciones en donde la muerte de un individuo puede ser el resultado de conducta criminal; (5) en el evento de un crimen bajo las premisas del Sistema de Salud; y (6) una emergencia médica (no bajo las premisas del Sistema de Salud) se ha dado y al parecer un crimen ha ocurrido.

(k) Forense o Médico Legista – El Sistema de Salud puede divulgar su PHI al forense o médico legista con el propósito de identificarlo o determinar la causa de su muerte, o al director de la funeraria como es permitido por la ley y tanto como sea necesario para cumplir con sus deberes.

(l) Donación de Órganos, Ojos y Tejidos – Si usted es un donante de órganos, el Sistema de Salud divulgará su PHI a la entidad con la que usted acordó donar sus órganos.

(m) Investigación – Si el Sistema de Salud está involucrado en actividades de investigación, su PHI puede ser usado, pero tal uso está sujeto a numerosos requerimientos gubernamentales que están destinados a proteger la confidencialidad de su PHI, tales como, la aprobación de la investigación de parte de un consejo de revisión institucional y la exigencia de seguimiento de protocolos.

(n) Evitar una Amenaza a la Salud o a la Seguridad – El Sistema de Salud puede divulgar su PHI si considera que tal divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una seria e inminente amenaza a la salud o seguridad de una persona o del público y la divulgación se hace a un individuo que razonablemente es capaz de prevenir o disminuir la amenaza.

(o) Funciones Gubernamentales Especializadas – Cuando las condiciones apropiadas apliquen, el Sistema de Salud puede usar el PHI de individuos que son personal de las Fuerzas Armadas: (1) para actividades que se estimen necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas; (2) para el propósito de una determinación de elegibilidad de beneficios del Departamento de Asuntos para Veteranos; o (3) para autoridades militares extranjeras si usted es un miembro de ese servicio militar extranjero. El Sistema de Salud puede también divulgar su PHI a oficiales federales autorizados para conducir actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluyendo la provisión de servicios de protección al Presidente o a otros legalmente autorizados.

(p) Reclusos – El Sistema de Salud puede divulgar su PHI a una institución penitenciaria o a un oficial de orden público si usted es un recluso de esa institución penitenciaria y su PHI es necesaria para proveerle cuidados y tratamiento o si es necesaria para la salud y seguridad de otros individuos o reclusos.

(q) Compensación por Accidente de Trabajo – Si usted está involucrado en un reclamo de compensación por accidente de trabajo, puede ser que sea requerida la divulgación de su PHI a un individuo o entidad que es parte del sistema de compensación por accidente de trabajo.

(r) Asistencia en caso de Desastre – El Sistema de Salud puede usar o divulgar su PHI a una entidad pública o privada autorizada para la asistencia en caso de desastre.

(s) Requerido por la Ley. Si es requerido por la ley, pero dicho uso o divulgación podrá hacerse en cumplimiento de la ley y limitado por los requerimientos de ley.

AUTORIZACIÓN

Como se detalla en las Normas de HIPAA, ciertos usos y divulgaciones de notas psicoterapéuticas, usos y divulgaciones de PHI para efectos de mercadeo (como se describe en la sección de “Mercadeo” de esta Notificación de Confidencialidad), y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren de usted una autorización escrita, y otros usos y divulgaciones de otro modo no permitidas como se describe en esta Notificación de Confidencialidad, serán hechas solo con su autorización escrita, la cual usted podrá revocar en cualquier momento como se detalla en la sección de “Sus Derechos” de esta Notificación de Confidencialidad.

HOJA DE REGISTRO

El Sistema de Salud puede usar una hoja de registro en el mostrador de registro. El Sistema de Salud puede también llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando el médico esté listo para atenderlo.

DIRECTORIO DEL PACIENTE

A menos que usted rehúse, el Sistema de Salud incluirá información en su directorio de individuos, incluyendo su nombre, ubicación en las instalaciones, su estado descrito en términos generales y su afiliación religiosa. El directorio de información, con excepción de la afiliación religiosa será informado a las personas que pregunten por usted dando su nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a los miembros del clérigo, aun si ellos no preguntan por usted dando su nombre.

RECORDATORIO DE CITAS

El Sistema de Salud, de vez en cuando lo contactará para darle recordatorios de citas. El recordatorio puede ser en forma de carta o de postal. El Sistema de Salud tratará de minimizar la cantidad de información contenida en el recordatorio. El Sistema de Salud puede contactarlo también por teléfono y si usted no está disponible, el Sistema de Salud le dejará un mensaje.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO/BENEFICIOS

El Sistema de Salud puede, de vez en cuando, contactarlo sobre sus alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud o servicios que pudieran ser de su interés.

MERCADEO

El Sistema de Salud puede solo usar y/o divulgar su PHI para actividades de mercadeo si obtiene de usted previa Autorización escrita. Actividades de “Mercadeo” incluyen comunicaciones que le sugieren la compra o uso de un producto o servicio, y esta comunicación no está hecha para sus cuidados o tratamiento. Sin embargo, mercadeo no incluye por ejemplo, enviarle un boletín informativo acerca de este Sistema de Salud. En el Mercadeo también se incluye la factura de pago del Sistema de Salud por productos o servicios de terceras partes que le fueron promocionados a usted. El Sistema de Salud le informará si participa en este mercadeo y obtendrá de usted una Autorización previa.

RECAUDO DE FONDOS

El Sistema de Salud puede usar y/o divulgar parte de su PHI para contactarlo con fines de actividades de recaudo de fondos de apoyo al Sistema de Salud. Cualquier material de recaudo de fondos que se le envíe describirá cómo puede optar por no recibir cualquier comunicación posterior.

COBERTURA DE TURNO DE LLAMADA

Para poder proveerle con cobertura de turno de llamada, es necesario que el Sistema de Salud establezca relaciones con otros médicos quienes atenderán su llamada si un médico del Sistema de Salud no está disponible. Aquellos médicos en turno de llamada proveerán al Sistema de Salud con cualquier PHI que ellos hayan creado y por ley, mantendrán confidencial su PHI.

FAMILIA/AMIGOS

El Sistema de Salud puede divulgar a los miembros de su familia, a otros parientes, a un amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, su PHI directamente relevante a la participación de dicha persona en su cuidado o en el pago de sus cuidados. El Sistema de Salud también puede usar o divulgar su PHI para notificar o asistir en la notificación (incluyendo identificación o ubicación) de un miembro de la familia, un representante personal u otra persona

responsable de su cuidado, de su ubicación, estado general o muerte. Sin embargo, en ambos casos, las siguientes condiciones aplican:

(a) El Sistema de Salud puede usar o divulgar su PHI si usted está de acuerdo, o si el Sistema de Salud le da la oportunidad de objetar y usted no lo objeta, o si el Sistema de Salud puede inferir razonablemente por las circunstancias, basado en el ejercicio de su juicio, que usted no objeta el uso o la divulgación.

(b) Si usted no está presente, el Sistema de Salud, en el ejercicio de su juicio, decidirá si el uso la divulgación es lo que más le conviene y si es así, divulgará solo el PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona en sus cuidados.

SUS DERECHOS

1. Usted tiene el derecho de:

- a) Revocar cualquier autorización, por escrito, en cualquier momento. Para solicitar una anulación, si usted es paciente de Nassau University Medical Center, usted debe entregar una solicitud escrita al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier local de Harmony Healthcare Long Island, usted debe entregar su solicitud por escrito al centro de salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones).
- b) Solicitar la limitación de ciertos usos o divulgaciones de su PHI está establecido en la ley. El Sistema de Salud no está en la obligación de estar de acuerdo con cada limitación solicitada, salvo en lo requerido por las Normas de HIPAA o por la ley. Para solicitar limitaciones, usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier local de Harmony Healthcare Long Island, usted debe entregar su solicitud por escrito al centro de salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). En su solicitud escrita, usted debe informar al Sistema de Salud sobre qué información quiere limitar, si usted quiere limitar el uso o divulgación por parte del Sistema de Salud,
 - o ambos y a quien quiere que se le aplique esta limitación. Si el Sistema de Salud está de acuerdo con su solicitud, el Sistema de Salud cumplirá con su solicitud a menos que la información sea requerida para proveerle tratamiento de urgencia.
- c) Restringir ciertas divulgaciones de su PHI a un plan de salud en donde usted tiene que pagar de su bolsillo totalmente por el ítem de cuidados de salud o el servicio.

- d) Recibir comunicaciones confidenciales o PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier local de Harmony Healthcare Long Island, usted debe entregar su solicitud por escrito al centro de salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). El Sistema de Salud dará cabida a todas las solicitudes razonables.
- e) Revisar y copiar su PHI esta previsto por la ley. Para revisar y copiar su PHI, usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier local de Harmony Healthcare Long Island, usted debe entregar su solicitud por escrito al centro de salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). En ciertas situaciones que son definidas por la ley, el Sistema de Salud puede negar su solicitud, pero usted tendrá derecho a que la negación sea revisada. El Sistema de Salud puede cargarle un costo por el valor de las copias, envío u otros suministros asociados con su solicitud.
- f) Modificar su PHI esta previsto por la ley. Para solicitar una modificación, usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier local de Harmony Healthcare Long Island, usted debe entregar su solicitud por escrito al centro de salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). Usted debe proporcionar una razón que sustente su solicitud. El Sistema de Salud puede negar su solicitud si no está por escrito, si no proporciona una razón para sustentar su solicitud, si la información a ser modificada no fue creada por el Sistema de Salud (a menos que el individuo o entidad que creó la información ya no esté disponible), si la información no es parte de su PHI mantenido por el Sistema de Salud, si la información no es parte de la información que usted permitiría revisar y copiar, y/o si la información es precisa y completa. Si usted no está de acuerdo con la negación del Sistema de Salud, usted tendrá el derecho de entregar una declaración escrita de desacuerdo.
- g) Recibir un listado de divulgaciones como está previsto en la ley. Para solicitar un listado, usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier local de Harmony Healthcare Long Island, usted debe entregar su solicitud por escrito al centro de salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). La solicitud debe

especificar un periodo de tiempo, el cual no puede ser más de seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores a Abril 14 de 2003. La solicitud debería indicar en qué forma quiere la lista (tal como una copia en papel o electrónica). La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de doce (12) meses será sin costo, pero el Sistema de Salud puede cargarle un costo por proveerle listas adicionales en ese mismo periodo de doce (12) meses. El Sistema de Salud le notificará sobre los costos relacionados y usted puede decidir si cancela o modifica su solicitud antes de incurrir en cualquier costo.

- h) Recibir del Sistema de Salud una copia en papel de esta Notificación de Confidencialidad por solicitud al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier local de Harmony Healthcare Long Island, usted debe entregar su solicitud por escrito al centro de salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones).
- i) Ser notificado tras una violación de su PHI no protegido (tal y como se define en las Normas de HIPAA).

Quejarse al Sistema de Salud o a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si cree que su confidencialidad ha sido violada. Usted puede contactar a la oficina regional de la Oficina de Derechos Civiles, la cual puede encontrarse en www.hhs.gov/ocr/office/about/rgn-hqaddresses.html. Para presentar una queja al Sistema de Salud, usted debe contactar al Oficial de Confidencialidad del Sistema de Salud (en inglés Health System’s Privacy Officer). Todas las quejas deben estar por escrito.

Para obtener más información, o que se conteste a sus preguntas sobre sus derechos, usted puede contactar al Oficial de Confidencialidad del Sistema de Salud (en inglés Health System’s Privacy Officer) Karen G. Leslie, en 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554 al (516)-572-4754.

REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD

1. El Sistema de Salud:

- (a) Está obligado por ley a mantener la confidencialidad de su PHI y a proveerle con esta Notificación de Confidencialidad de los deberes legales del Sistema de Salud y de la confidencialidad del Sistema de Salud con respecto a su PHI.
- (b) Está obligado a acogerse a los términos de esta Notificación de Confidencialidad, la cual está actualmente en efecto.
- (c) Se reserva el derecho a cambiar los términos de esta Notificación de Confidencialidad y a hacer efectivas las nuevas disposiciones de la Notificación de Confidencialidad para todas sus PHI que mantiene.
- (d) No tomará represalias porque usted presenta una queja.

(e) Debe hacer un esfuerzo de buena fe en obtener de usted el acuse de recibo de esta Notificación.

(f) Publicará esta Notificación de Confidencialidad en la página web del Sistema de Salud, si el Sistema de Salud tiene una página web.

(g) Le proveerá a usted con esta Notificación de Privacidad por correo electrónico si usted lo solicita. Sin embargo, usted también tiene el derecho de obtener una copia en papel de esta Notificación de Privacidad.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Esta Notificación entrará en vigencia en Septiembre 23 de 2013. La fecha de entrada en vigencia de la Notificación anterior fue Abril 14 de 2003.

NOTIFICACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

LISTA DE LOS MIEMBROS DEL SISTEMA DE SALUD

Harmony Healthcare Long Island en Elmont- 161 Hempstead Turnpike, Elmont, NY 11003
Harmony Healthcare Long Island en Hempstead- 619 Fulton Avenue, Hempstead, NY 11550
Harmony Healthcare Long Island en Freeport- 101 S Bergen Place, Freeport, NY 11520
Harmony Healthcare Long Island en Roosevelt- 380 Nassau Road, Roosevelt, NY 11575
Harmony Healthcare Long Island en Oceanside- 3227 Long Beach Road suite 2, Oceanside, NY 11572
Harmony Healthcare Long Island en Westbury- 682 Union Avenue, Westbury, NY 11590
Harmony Healthcare Long Island en Roosevelt High School
Harmony Healthcare Long Island en Freeport High School
Harmony Healthcare Long Island en Westbury High School
Nassau University Medical Center
A. Holly Patterson Extended Care Facility

Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)

Como paciente de una clínica del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

- (1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, identidad de género, nacionalidad o patrocinador;
- (2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;
- (3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;
- (4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;
- (5) ser informado y recibir un cálculo de los cargos cobrados por los servicios, tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa; elegibilidad para reintegro a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o a menor costo;
- (6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;
- (7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;
- (8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;
- (9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;
- (10) negarse a participar en un estudio de investigación;
- (11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);
- (12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante el New York State Department of Health (Departamento de Salud del estado de Nueva York)
- (13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;
- (14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;
- (15) acceder a su registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;
- (16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas; y
- (17) cuando corresponda, hacer saber sus deseos sobre la donación de órganos. Los mayores de dieciséis años podrán registrar su consentimiento para la donación de órganos, ojos o tejidos, en caso de fallecimiento, inscribiéndose en el Registro Donate Life del estado de Nueva York o registrando la autorización para la donación de órganos o tejido de varias maneras (por ejemplo, mediante poder para asuntos médicos, testamento, credencial de donante u otro instrumento firmado). En el centro podrá obtener un poder para asuntos médicos;
- (18) tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa;
- (19) recibir un cálculo del importe que se le facturará tras obtener los servicios.



Department
of Health