



VALLEY HEALTHCARE

S Y S T E M

SU SOLUCION TOTAL DE SALUD

MANUAL DEL PACIENTE

BIENVENIDO A VALLEY HEALTHCARE SYSTEM

Estamos felices de que nos haya elegido para las necesidades de atención médica de usted y de su familia.



VISITENOS EN LINEA:



WWW.VALLEYHEALTHCOLUMBUS.COM

LOCALIDADES:

Columbus
1600 Fort Benning Road
Columbus, GA 31903
(706) 322-9599

Fuera de Horas Laborables:
(706) 322-9599

Forston
94 McCrary Rd.
Fortson GA 31808
(706) 987-8216

Fuera de Horas Laborables:
(706) 322-9599

Talbotton
341 North Washington Ave.
Talbotton, GA 31827
(706) 665-2585
Fuera de Horas Laborales:
(706) 322-9599

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|--------|
| DECLARACION DE OBJETIVOS. | .. 2 |
| VISION DE OBJETIVOS. | ... 2 |
| BREVE HISTORIA. | 2 |
| EL PERSONAL. | ... 2 |
| HORAS DE OFICINA. | .. 2 |
| CITAS. | .. 3 |
| SERVICIOS DE RESPUESTA DESPUES DE HORAS LABORABLES. | ...3 |
| SERVICIOS DISPONIBLES. | .. 3-4 |
| ACCESO A LA RED. | 4-5 |
| CUIDADO DE HOSPITAL. | .. 5 |
| DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE. | 5-7 |
| COMO PRESENTAR UNA QUEJA. | 7 |
| SU RESPONSABILIDAD COMO PACIENTE. | 7 |

CUBIERTA DE SEGURO/CARGOS Y PAGOS POR SERVICIOS... ..

7-8

NUESTRO COMPROMISO CON SU

PRIVACIDAD. 8

COMO PODEMOS USAR O DIVULGAR SU (O SUS NIÑOS)

FILOSOFIA. 8-9

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL

PACIENTE. 9

AVISO/ADVERTENCIA.

.. 9

AVISO DE PRACTICAS DE

PRIVACIDAD.10

AVISO DE DERECHOS

INDIVIDUALES. 11

DECLARACION DE OBJETIVOS

Nuestro objetivo es brindar atención médica primaria integral, especialidades seleccionadas y servicios de derivación a la población del área de Chattahoochee Valley, independientemente de las circunstancias. A través de esta misión, el Centro: minimizará las barreras de acceso; aumentará el conocimiento del paciente y el cumplimiento del tratamiento; proporcionará educación preventiva, apoyo al paciente y programas de investigación; educará al público sobre cuestiones de atención médica; garantizará la eficacia operativa y la viabilidad financiera; desarrollará redes de servicios integrados con otras organizaciones proveedoras; facilitará la participación de la comunidad en el proceso de planificación de la atención médica y; contribuirá directamente al crecimiento económico y la estabilidad del área local.

VISION DE OBJETIVOS

La visión de Valley Healthcare Systems es ser la organización superior de atención médica primaria multiespecializada que utiliza un ámbito sobresaliente de profesionales de atención médica y personal de apoyo al brindar un servicio al cliente accesible, asequible, rentable y rápido.

BREVE HISTORIA

Valley Healthcare System, anteriormente conocido como Community Health Centers of South Columbus, abrió sus puertas en agosto de 1994. Este cambio de nombre refleja el crecimiento en nuestro tamaño y los servicios

que ofrecemos a la comunidad. Comenzamos como un pequeño servicio dentro de la comunidad de Baker Village en el área de South Columbus. Hoy ofrecemos servicios de medicina familiar, pediatría, odontología, salud del comportamiento, alcance, obstetricia / ginecología, laboratorio, visión (optometría) y farmacia a residentes del valle de Chattahoochee y más allá.

EL PERSONAL

Prácticas familiares certificadas por la Junta, obstetras y ginecólogos y médicos pediátricos, enfermeras de familia y asistentes médicos, dentistas de atención familiar con licencia, optómetra, psicólogo clínico y trabajadores sociales clínicos trabajan en los centros. Un doctor licenciado está en la farmacia. El personal también está disponible para traducir en español.

HORAS DE OFICINA

COLUMBUS:

Todos los Departamentos

Lunes-Viernes 8:30AM-5:30PM

Farmacia Cierra de 1:00PM-2:00PM

Horas Extendidas Martes y Jueves

Médico, Pediatría, & Farmacia abre hasta las 8:30PM

Horas los Sábados

Medico 8:00AM- 1:00PM

Cada 2do y 4to Sábado

Vision 8:00AM-1:00PM

FORTSON:

Práctica de Familia

Miércoles & Jueves 8:30AM-5:30PM

TALBOTTON:

Práctica de Familia & Dental

Lunes & Martes 8:30AM-5:30PM

CITAS

Animamos a los pacientes a programar citas antes del mismo día. Para programar una cita, llame a nuestro número principal: (706) 322-9599. No programamos citas de seguimiento con más de 30 días de anticipación. Si su proveedor le solicita un seguimiento durante más de 30 días, se le entregará una tarjeta al final de su visita que le indicará el período de tiempo durante el cual debe llamar a nuestra oficina para programar su cita de seguimiento.

Para ayudarlo a cumplir con sus citas, hemos implementado un sistema de recordatorios: recibirá un recordatorio de citas a través de nuestro sistema de mensajería electrónica 48 horas antes de su cita programada. Por favor, asegúrese de que siempre tengamos un número de teléfono actual para comunicarnos con usted. Si no podemos comunicarnos con usted, su cita puede estar sujeta a reprogramación. Si llega más de 5 minutos tarde a su cita programada, su cita estará sujeta a ser cancelada o reprogramada

SERVICIO DE RESPUESTA DESPUES DE HORAS LABORABLES

En caso de que necesite hablar con un proveedor (médico, enfermera practicante, asistente médico o enfermero) después del horario regular de atención, llame a nuestro número principal al 706-322-9599. El servicio de respuesta se comunicará con el proveedor de guardia y su llamada será devuelta dentro de los 30

minutos. Si tiene una situación de emergencia, llame al 911 o acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana. Los pacientes no deben llamar al servicio de respuesta después de las horas para el reabastecimiento de medicamentos

SERVICIOS DISPONIBLES

Salud de Mujer

- ✓ Examen Ginecológico y pruebas de Papanicolau
- ✓ Prueba y Tratamiento de ETS (Enfermedades de transmisión sexual)
- ✓ Examen de Senos y certificaciones de Mamogramas
- ✓ Pruebas de embarazo y consejería
- ✓ Servicios de administración de casos pre natales
- ✓ Desde el inicio de Medicaid
- ✓ Planificación familiar

Pediatría

- ✓ Exámenes de niños y escolares
- ✓ Exámenes de audición y visión
- ✓ Cuidado de infantes niños y adolescentes
- ✓ Vacunas
- ✓ Revisión Dental y tratamientos
- ✓ Físico para Deportes

Práctica de Familia

- ✓ Práctica de Medicina Familiar
- ✓ Proyecto de Integración de Atención Primaria de Salud Médica y Conducta
- ✓ Exámenes físicos anuales, Trabajos y para Departamento de transportación
- ✓ Diabetes, mantenimiento de la hipertensión y asesoramiento
- ✓ Prueba y Tratamiento de ETS (Enfermedades de transmisión sexual)
- ✓ Exámenes de la Próstata
- ✓ Planificación Familiar

Dental

- ✓ Examen inicial
- ✓ Rayos X
- ✓ Limpieza
- ✓ Rellenos
- ✓ Endodoncia
- ✓ Extracciones
- ✓ Parciales
- ✓ Dentaduras postizas
- ✓ Selladores

Salud Conductual

- ✓ Terapia Familiar, Individual, Parejas y Grupos
- ✓ Apoyo Emocional
- ✓ Tele-Psiquiatría
- ✓ Objetivos/Desarrollo Urbano

- ✓ Manejo de casos

Visión

- ✓ Exámenes de ojos completos
- ✓ Exámenes de ojos pediátricos
- ✓ Exámenes de ojos para Diabéticos
- ✓ Evaluación de Glaucoma
- ✓ Emergencias en Consultas sin citas previas

Farmacia

- ✓ Prescripciones disponibles con descuento a través de Valley Health Care
- ✓ Asesoramiento sobre medicamentos
- ✓ Asistencia con los programas de medicamentos (PAM) disponibles a través de Pharmaceutical Co.

** Todos los resurtidos para medicamentos PAM se deben solicitar con 30 días de anticipación.

Laboratorio

- ✓ Pruebas de Diagnóstico
- ✓ Resultados de Exámenes

Programa de Alcance

- ✓ Traducciones al Español
- ✓ Asistencia de Transportación
- ✓ Renovación en línea Medicaid / Cupones de alimentos
- ✓ Solicitud de Medicaid para niños
- ✓ Prueba de Elegibilidad Financiera
- ✓ Planificación para Bebés saludables

ACCESO A LA RED

A través de nuestro portal para pacientes, tiene la capacidad de rastrear todos los aspectos de su atención a través de nuestra oficina. El portal para pacientes permite a nuestros pacientes comunicarse con nuestra práctica de manera fácil y segura a través de Internet.

A través del portal para pacientes, usted podrá:

- ✓ Hacer preguntas
- ✓ Pedir suplidos/ recargas y remisiones de recetas
- ✓ Pedir Citas
- ✓ Verificar sus estados de cuenta pasados y actuales
- ✓ Revise, imprima y comparta su resumen de salud
- ✓ Ver el resultado de sus Laboratorios

Para acceder al portal, deberá proporcionarnos una dirección de correo electrónico. A continuación, le enviaremos una invitación por correo electrónico con un enlace y un número PIN. Simplemente haga clic en el enlace y cree una nueva cuenta con su nombre, fecha de nacimiento y el PIN que proporcionamos, ¡e inmediatamente acceda a su información de salud!

¡Comience hoy a tomar un papel activo en la administración de su atención médica!

CUIDADO DE HOSPITAL

Si usted o un miembro de la familia ingresa en el hospital, su atención durante su estadía en el hospital será brindada por un hospitalista. Una vez que sea dado de alta, su atención continuará siendo seguida por su proveedor de atención primaria en Valley Healthcare.

DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE

Queremos alentarlos, como paciente de Valley Healthcare, a hablar abiertamente con su equipo de atención médica, participar en sus opciones de tratamiento y promover su propia seguridad al estar bien informado e involucrado en su atención. Como queremos que piense de usted mismo como un socio en su cuidado, queremos que conozca sus derechos y sus responsabilidades mientras esté bajo nuestro cuidado. Le invitamos a usted y a su familia a unirse a nosotros como miembros activos de su equipo de atención.

Usted tiene derecho a recibir atención considerada, respetuosa y compasiva en un entorno seguro, independientemente de su edad, sexo, raza, origen nacional, religión, orientación sexual, identidad de género o discapacidad.

- Tiene derecho a ser llamado por su nombre y a estar en un ambiente que mantenga la dignidad y aumente la autoimagen positiva.
- Tiene derecho a que un familiar o persona de su elección y su propio médico sean notificados rápidamente si ingresa en un hospital.
- Tiene derecho a que su médico le informe acerca de su diagnóstico y posible pronóstico, los beneficios y riesgos del tratamiento, y el resultado esperado del tratamiento, incluidos los resultados inesperados. Tiene derecho a dar su consentimiento informado por escrito antes de que comience cualquier procedimiento que no sea de emergencia.
- Tiene derecho a que se evalúe su dolor y a participar en las decisiones sobre el tratamiento del dolor.
- Tiene derecho a estar libre de restricciones y reclusión en cualquier forma que no sea médicamente requerida.
- Puede esperar una consideración completa de su privacidad y confidencialidad en las discusiones, exámenes y tratamientos de atención. Puede solicitar un acompañante durante cualquier tipo de examen.
- Tiene derecho a acceder a servicios de protección y defensa en casos de abuso o negligencia. Valley Healthcare proporcionará una lista de estos recursos.
- Usted, su familia y amigos, con su permiso, tienen derecho a participar en las decisiones sobre su atención, tratamiento y servicios prestados, incluido el derecho a rechazar el tratamiento en la medida

permitida por la ley. Si sale de la oficina en contra de un consejo médico, Valley Healthcare ni sus médicos serán responsables de las consecuencias médicas que puedan ocurrir.

- Tiene derecho a aceptar o negarse a participar en estudios de investigación médica. Puede retirarse de un estudio en cualquier momento sin afectar su acceso a la atención estándar.
- Tiene derecho a la comunicación que puede entender. Valley Healthcare proporcionará intérpretes de signos e idiomas extranjeros según sea necesario sin costo para usted. Intérpretes que hablan español son parte del personal. La información proporcionada será apropiada para su edad, comprensión e idioma. Si tiene impedimentos visuales, del habla, de la audición y / o de otro tipo, recibirá ayudas adicionales para garantizar que se cubran sus necesidades de atención.
- Tiene derecho a hacer una directiva anticipada y designar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Si no tiene una directiva anticipada, podemos proporcionarle información y ayudarla a completarla.
- Tiene derecho a recibir información detallada sobre los cargos de su oficina.
- Puede esperar que todas las comunicaciones y registros sobre su atención sean confidenciales, a menos que la ley lo permita. Usted tiene derecho a ver u obtener una copia de sus registros médicos. Tiene derecho a solicitar una lista de las personas a quienes se divulgó su información personal de salud.
- Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea guardada por Valley Healthcare o por Valley Healthcare. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad y debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de una enmienda.
- Tiene derecho a dar o rechazar el consentimiento para que se produzcan o utilicen grabaciones, fotografías, películas u otras imágenes para fines internos o externos que no sean la identificación, el diagnóstico o el tratamiento. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento hasta un tiempo razonable antes de que se use el artículo.
- Tiene derecho a expresar sus inquietudes sobre la atención que recibe. Si tiene un problema o queja, puede hablar con su proveedor, el Coordinador Clínico y / o el Gerente de Riesgos. Le solicitamos que presente todas las quejas por escrito y verbalmente
- Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.
- Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de Valley Healthcare.
- Tiene derecho a restringir las divulgaciones de PHI a un plan de salud si la divulgación es para el pago de operaciones de atención médica y se relaciona con un artículo o servicio de atención médica por el que pagó de su bolsillo por completo.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en un derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

COMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja o reclamo. Las quejas o reclamos se pueden presentar ante Valley Healthcare o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja con Valley Healthcare, comuníquese con Marcus Greene, LPN, Funcionario de privacidad / Gerente de riesgos al (706) 987-8340 y / o 1600 Fort Benning Road, Columbus, GA 31903. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

Para presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, vaya a www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja.

SU RESPONSABILIDAD COMO PACIENTE

- Se espera que proporcione información completa y precisa, que incluya su nombre completo, dirección, número de teléfono de contacto preferido, fecha de nacimiento, compañía de seguros y empleador cuando sea necesario.
- Debe proporcionar a Valley Healthcare una copia de su directiva anticipada si tiene una. Si no tiene uno, lo ayudaremos a completar uno.
- Se espera que brinde a Valley Healthcare su nombre de farmacia preferida.
- Se espera que proporcione información completa y precisa sobre su salud y su historial médico, incluida su enfermedad actual, enfermedades pasadas, estadías en el hospital, medicamentos, vitaminas, productos herbales y cualquier otro asunto relacionado con su salud, incluidos los riesgos de seguridad percibidos.
- Se espera que haga preguntas cuando no comprenda información o instrucciones. Si tiene barreras que no le permitirán llevar a cabo su plan de tratamiento, usted es responsable de analizarlas con su equipo de atención
- Se espera que participe activamente en la gestión de su atención, junto con su equipo de atención en Valley Healthcare.
- Se espera que usted trate con cortesía y respeto a todo el personal de Valley Healthcare, a otros pacientes y visitantes, y que respete las normas y normas de seguridad de esta organización.
- Usted tiene la responsabilidad de cumplir con sus citas, llegar a tiempo y llamar a Valley Healthcare si no puede asistir a una cita.

CUBIERTAS DE SEGURO/CARGOS Y PAGOS POR SERVICIOS

Valley Healthcare System es apoyado en parte por subvenciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos-Administración de Recursos y Servicios de Salud.

La mayoría de los programas de seguros públicos y privados son aceptados. Los copagos se cobran en el momento del registro para su cita. Las tarjetas de seguro deben presentarse al momento del servicio. En el caso de que no nos notifique acerca de otro seguro de salud o cambios en su seguro, usted será personalmente

Traducido al Español por Sandra Lancara – 06-22-2018

responsable de los honorarios incurridos para esa fecha de servicio. Las compañías de seguros no tienen un límite de tiempo para recuperar dinero pagado por reclamos en los que no son la principal compañía de seguros.

El Programa de descuento de tarifas (SFDP, por sus siglas en inglés) garantiza a los pacientes tener acceso a todos los servicios ofrecidos por VHcS sin tener en cuenta la capacidad de pago de un paciente. Los únicos factores determinantes del SFDP son el tamaño de la familia y el ingreso de acuerdo con las Pautas Federales de Pobreza anuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Cualquiera puede solicitar el programa de descuento de tarifa. Los especialistas de admisión están disponibles para ayudarlo a determinar su elegibilidad.

A NINGUNA PERSONA SE LE NIEGA LOS SERVICIOS DEBIDO A SU INCAPACIDAD DE PAGAR LOS SERVICIOS.

NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

Valley Healthcare System se compromete a mantener la privacidad de su Información de salud protegida (PHI). Al brindarle tratamiento y servicios, creamos registros que contienen su información médica y personal, a la que se hace referencia como Información de salud protegida o PHI. Necesitamos estos registros para brindarle atención de calidad y cumplir con varios requisitos legales. Los términos de este Aviso de Privacidad se aplican a todos los registros que contienen su PHI que nuestra práctica crea o retiene. La ley federal y estatal nos exige que le proporcionemos este Aviso de privacidad sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su PHI. Debemos seguir los términos del Aviso de privacidad que tenemos vigente en ese momento.

COMO PODEMOS USAR O DIVULGAR SU (O SUS NIÑOS) FILOSOFIA

Las siguientes categorías describen y brindan algunos ejemplos de las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su PHI. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar PHI se incluirán en una de estas categorías.

- **Para el pago.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en el centro puedan facturarse y el pago se pueda cobrar de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo: podemos divulgar su registro a una compañía de seguros para que podamos recibir el pago por tratarlo.
- **Para el tratamiento.** Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que lo esté atendiendo en el centro o en el hospital. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a personas ajenas al centro que puedan estar involucradas en su atención médica, como miembros de la familia, clérigos u otras personas que forman parte de su atención.
- **Para operaciones de atención médica.** Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en el centro. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por el centro, ya sea realizados por el personal del centro o por su médico personal. La ley nos exige que: nos aseguremos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; darle aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y seguir los términos del aviso que está actualmente en vigencia. Otras formas en que podemos usar o divulgar su PHI incluyen:

recordatorios de citas; como lo exige la ley para los beneficios y servicios relacionados con la salud; a personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado; investigación; para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, y para alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su PHI incluyen divulgación a, o para: médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias; actividades de supervisión de la salud; cumplimiento de la ley; pleitos y disputas; militares y veteranos; actividades nacionales de seguridad e inteligencia; donación de órganos y tejidos; y otros; riesgos de salud pública y compensación laboral.

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE

La satisfacción del cliente es un objetivo principal de Valley Health Care, tómese unos minutos para completar nuestra encuesta de satisfacción del paciente cada vez que nos visite.

AVISO/ADVERTENCIA

El Manual del paciente contiene solo pautas generales e información. No pretende ser exhaustivo ni abordar todas las situaciones y políticas posibles de VHcS. Por esa razón, si tiene alguna pregunta, debe dirigir sus preguntas específicas a su proveedor o personal de apoyo. Este manual no sirve como un acuerdo o contrato vinculante entre un paciente y los proveedores y el personal de VHcS o VHCS.

Los procedimientos, las prácticas y las políticas que se describen aquí pueden modificarse o suspenderse de vez en cuando. Se hará todo lo posible para informarle de cualquier cambio que se produzca.

****** La Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), de acuerdo con la Ley de Asistencia de Centros de Salud con Apoyo Federal, según enmendada, secciones 224 (g) - (n) de la Ley del Servicio de Salud Pública (PHS), 42 U.S.C. 233 (g) - (n), considera que Valley Healthcare System, Inc. es un empleado de PHS que brinda protección de responsabilidad bajo la Ley Federal de Demandas por Agravio (FTCA)

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN LA QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

COMO UTILIZAMOS Y DIVULGAMOS INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que utilizamos y divulgamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, hemos desarrollado el significado y proveemos ejemplos más específicos, de ser solicitados por usted. No todo uso o divulgación en una categoría se detalla. Aun así, todos los medios están permitidos para utilizarse y la divulgación de información caerá en una de las categorías.

Para Pago. Podríamos utilizar y divulgar información médica sobre usted con el objetivo de que tanto el tratamiento como los servicios que usted recibe en la práctica puedan ser facturados y el pago pueda ser solicitado a usted, una compañía de seguro médico o una tercera parte. Por ejemplo: Podríamos divulgar su expediente a una compañía de seguro médico para que estos paguen por su tratamiento.

Para Tratamiento. Podríamos utilizar y divulgar información médica sobre usted para proveerle servicios de tratamiento médico. Podríamos divulgar información médica sobre usted a doctores, personal de enfermería, estudiantes de medicina u otro personal envuelto en su cuidado en la práctica o el hospital.

Traducido al Español por Sandra Lancara – 06-22-2018

Por ejemplo: podríamos divulgar información médica sobre usted a personas fuera de la práctica pero que podrían formar parte de su cuidado médico, tales como miembros de la familia, clérigos u otras personas que forman parte de su cuidado.

Para Operaciones de Cuidado Médico. Podríamos utilizar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de cuidado médico. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el flujo de la práctica y para asegurarnos de que todos los pacientes reciben cuidado médico de calidad. Podríamos divulgar información a doctores, personal de enfermería, técnicas, estudiantes de medicina y otro personal en la práctica para revisión y propósitos de aprendizaje. Por ejemplo: podríamos revisar su expediente para contribuir en el desarrollo e incremento de nuestros controles de calidad.

¿QUIÉN DARÁ CONTINUIDAD A ESTA NOTIFICACIÓN? Esta notificación describe nuestras políticas y procedimientos y las de cualquier profesional de la salud autorizado a agregar información en su expediente médico, cualquier grupo voluntario al que le permitamos brindarle ayuda, como también empleados, grupo de trabajo y otro personal de práctica.

POLÍTICA CONCERNIENTE A LA PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL. Creamos un expediente sobre el cuidado y servicios en la práctica. Necesitamos este expediente con el objetivo de proveerle un cuidado de calidad y de cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación aplica a todos los expedientes sobre su cuidado generados por la práctica, sean estos creados por personal en la práctica o por su doctor personal. La ley nos requiere el asegurarnos de que la información médica que le identifique se mantenga de manera confidencial; entregarle esta notificación sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas a información médica sobre usted y a seguir los términos de notificación que están actualmente en efecto. Otras maneras en que podemos utilizar o divulgar información protegida respecto a su cuidado de salud incluye: recordatorios sobre citas médicas, según requerido por ley; para beneficios relacionados a la salud y servicios a individuos envueltos en su cuidado o pago por su cuidado; investigaciones; para evitar amenazas a la salud o seguridad; y para alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgación de su información personal podría incluir a, o para, médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios; actividades de supervisión de salud internos; cumplimiento de la ley; demandas y disputas; militares y veteranos; actividades de seguridad nacional e inteligencia; donación de órganos; servicios de protección al Presidente y otros; riesgos de salud pública; y compensación a trabajadores.

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS INDIVIDUALES

Usted posee los siguientes derechos relacionados a la información médica que retenemos de usted:

Derecho a que se le entregue copia de la presente notificación. Usted tiene el derecho a que se le entregue copia de esta notificación. Usted debe solicitarnos que se le entregue copia de esta notificación en cualquier momento.

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar información médica que podría utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado. Podríamos denegar cualquier solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas pero limitadas circunstancias.

Derecho a Enmendar. Si usted entiende que la información médica que poseemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante todo el tiempo en que la información se mantenga en nuestros archivos o en los archivos de la práctica. Para solicitar una enmienda, la solicitud deberá presentarse por escrito y presentada al Oficial de Privacidad y proveer una razón que sostenga su solicitud. Podríamos denegar su solicitud para enmienda.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación a la información que utilizamos o divulgamos respecto a su tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Usted también posee el derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre a usted a otra persona envuelta en su cuidado o el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si no aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, deberá realizar su solicitud de manera escrita al Oficial de Privacidad.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto a asuntos médicos en una manera específica o a un lugar específico. Usted deber realizar su solicitud por escrito y especificar cómo y dónde podemos contactarle.

Derecho a Divulgación Detallada. Usted tiene el derecho a solicitar una “Divulgación Detallada”. Esto es un listado de las divulgaciones que hemos realizado respecto a información médica relacionada a usted. Para solicitar esta lista de “Divulgación Detallada”, deberá presentar su solicitud de manera escrita al Oficial de Privacidad.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN. Nos reservamos el derecho a realizar cambios a esta notificación. Colocaremos una copia de la notificación aplicable en las salas de espera de la institución.

QUEJAS. Si usted entiende que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja en la institución o con el Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos. Para presentar una queja con la institución, comuníquese con **Marcus L. Greene**, Oficial de Cumplimiento de Privacidad al (706) 322-9599. Todas las quejas deberán ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

OTROS USOS PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA. Otros usos y divulgación de información médica no cubierta por esta notificación o las leyes aplicables a la misma solamente serán realizados mediante autorización escrita. Si usted nos provee autorización para utilizar o divulgar información médica respecto a usted, dicha autorización podría revocarse, por escrito, en cualquier momento.

De usted poseer cualquier pregunta sobre la presente notificación o desea recibir una explicación más detallada, por favor contacte al Oficial de Privacidad.

AVISO DE DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la entonación médica que mantenemos sobre usted:

Derecho a una copia en papel de este aviso. Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

Derecho a inspeccionar y copiar Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre su atención. Podemos negar su solicitud para inspeccionar copias finales en ciertas circunstancias muy limitadas.

Derecho a enmendar Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos su información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea guardada por, o para, Valley Healthcare System, Inc. Para solicitar una Enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad y debe proporcionar un razón por la cual apoya su solicitud Podemos denegar su solicitud de una Enmienda.

Derecho a solicitar restricciones Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Comunicaciones Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de Valley Healthcare System, Inc.

Derecho a Restringir las Divulgaciones al Plan de Salud. Usted tiene el derecho de restringir las divulgaciones de la PHI a la identificación de un plan de salud, la divulgación es para el pago de las operaciones de atención médica y se relaciona con un artículo o servicio de atención médica por el que la persona pagó de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito y debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

Derecho a un informe de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

CAMBIOS A ESTE AVISO Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Publicaremos una copia del aviso actual en la sala de espera de Valley Healthcare System, Inc.

QUEJAS Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Valley Healthcare System, Inc. o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con Valley Healthcare System, Inc., comuníquese con: Marcus Greene LPN, Funcionario de privacidad, (706) 987-8340 1600 Ft. Benning Road Columbus Georgia 31903. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA Otros usos y divulgaciones de la reforma médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican al uso se harán solo con su autorización por escrito. Si nos proporciona permiso para usar o divulgar la información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si desea recibir una explicación más detallada, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL

Confirmando al firmar abajo que he recibido una copia del Manual del paciente que incluye el Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de derechos individuales de Valley Healthcare System, Inc.

Paciente o Representante personal del paciente

Fecha

REGISTRO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad de la ley HIPAA le otorga a los individuos el derecho de solicitar restricciones en el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI). Se le provee al individuo el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación de información de salud protegida sea realizada de maneras alternativas, tales como enviando correspondencia al lugar de trabajo del individuo en lugar de a su lugar de residencia.

Deseo que se me contacte de la siguiente manera (Marque todas las que apliquen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa _____ <input type="checkbox"/> Pueden dejarme un mensaje con información detallada. <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con un número para _____ | <input type="checkbox"/> Comunicación Escrita <input type="checkbox"/> Enviar cartas a la dirección de mi hogar <input type="checkbox"/> Enviar cartas a la dirección de mi trabajo/oficina <input type="checkbox"/> Enviar un faxímil al siguiente número: _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Pueden dejar un mensaje con información detallada. <input type="checkbox"/> Dejar un mensaje con un número para _____ | <input type="checkbox"/> Otra: _____ _____ - |

Firma del Paciente

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de Nacimiento

La Regla de Privacidad generalmente requiere a los proveedores de cuidado de salud a tomar las medidas razonables para limitar el uso o divulgación de, y solicitudes de Información de Salud Protegida (PHI) al mínimo necesario para alcanzar el propósito para el que se ha destinado esta provisión. Estas provisiones no aplican a usos o divulgación realizados con arreglo a una autorización realizada por el individuo o paciente.

Entidades proveedoras de servicios de cuidado de salud deberán mantener un récord de divulgaciones de Información de Salud Protegida (PHI). La información provista a continuación, si se completa adecuadamente, constituirá un registro adecuado.

Nota: Usos y Divulgación para TPO (Tratamiento, Pagos y Operaciones de Cuidado Médico) podrían permitirse sin consentimiento previo en caso de una emergencia.

Registro de Divulgaciones de Información de Salud Protegida

| Fecha | Información entregada a Dirección o Número de Fax | (1) | Descripción de la Divulgación/ Propósito de la Divulgación | Divulgada por | (2) | (3) |
|-------|---|-----|--|---------------|-----|-----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- (1) Marque esta casilla si la divulgación fue autorizada
- (2) Indique la clave: **T**= Tratamiento; **P**= Información de Pago; **O**= Operaciones de Cuidado Médico
- (3) Indique la forma en que se realizó la divulgación: **F**= Fax; **P**= Teléfono; **E**= Email; **M**= Correo; **O**= Otra

© 2002 por Kurt Coyle

#21122- Medical Arts Press 1-800-320-2170

COPAGO DE SEGURO MÉDICO

(SÓLO PACIENTES CON SEGURO MÉDICO PRIVADO DEBERÁN FIRMAR ESTA SECCIÓN)

Por la presente autorizo el pago directo a **VALLEY HEALTHCARE SYSTEM, INC.** por servicios quirúrgicos o de diagnóstico otorgados a mí o a algún miembro de mi familia. Si los servicios, como se describen, exceden la cobertura de mi seguro médico, **YO**, el que firma, entiendo que soy responsable por el pago de cualquier balance resultante a **VALLEY HEALTHCARE SYSTEM, INC.**

Nombre del Paciente

Nombre de la Compañía Aseguradora

Nombre del Asegurado

Número de Póliza de Seguro Médico

Firma (Paciente o Representante Autorizado)

Testigo

Fecha

SECCIÓN III.

AUTORIZACIÓN PARA MEDICARE/MEDICAID

(SÓLO PACIENTES CON MEDICARE/MEDICAID DEBEN FIRMAR ESTA SECCIÓN)

Yo autorizo a cualquier tenedor de mi información médica o de cualquier información referente a mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o contratistas cualquier información necesaria por estos o cualquier información relacionada a alguna reclamación al Medicare/Medicaid. Permito también que se expida copia de esta autorización para ser utilizada en lugar de un original, y a solicitar el pago de beneficios de seguro médico a la parte que acepta las asignaciones.

Número de Medicare/Medicaid

Fecha

Firma (Paciente o Representante Autorizado)

Firma de un Testigo (No relacionado)