



**Community Health Systems, Inc.  
(CHSI)**

**Consentimiento General del Paciente**

Iniciales del paciente:	Artículos de Consentimiento
	<b>CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:</b> Por la presente autorizo el tratamiento médico para el nombrado.
	<b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:</b> Por la presente reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de CHSI. Además reconozco que se me ofrecerá una copia de cualquier modificación a petición.
	<b>DIRECTIVAS AVANZADAS:</b> Por la presente reconozco que se me ha dado la información acerca de las directivas avanzadas.
	<b>HIPPA-AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:</b> Yo reconozco que he recibido una copia de los Avisos de Práctica de Privacidad de CHSI. Además reconozco que una copia actual se hace disponible/publicada en la sala de espera, y que se me ofrecerá una copia de cualquier modificación a petición.
	<b>HISTORIAL MEDICO:</b> Por la presente autorizo a CHSI para acceder a mi historial médico, sin limitaciones o exclusión, ha como sea requerido y/o razonablemente conveniente revelar, procesar, recuperar, transmitir y ver mi historial médico.
	<b>SEGURO MEDICO:</b> Por la presente autorizo a mi seguro médico a pagar CHSI directamente. Yo entiendo que mi de seguro médico puede pagar menos por los gastos de mis servicios médicos y estoy de acuerdo a tomar responsabilidad de cualquier balance que quede pendiente por mi o mis dependientes.
	Yo reconozco que he sido informado de que CHSI es financiado por el gobierno federal y debido a eso requieren preguntarme por mi tamaño familiar e ingresos con carácter anual.  He elegido darle al personal el tamaño de mi familia y el estimado de ingreso bruto anual ó elegido a no dar esa información.
	Certifico que he leído y entendido este aviso / autorización. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta acerca de este aviso. Reconozco que mis preguntas, si lo hay, han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita, excepto si la información ya ha sido compartida.
	Yo certifié que he recibido una copia de esta notificación.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Tutor:** \_\_\_\_\_

**Si no ha sido firmado por el paciente, indique relación:** \_\_\_\_\_

**Para uso del Personal Solamente**

**Aviso de Prácticas de Privacidad No Obtenida**

Para ser completado por CHSI cuando el paciente haya firmado las formas de Reconocimiento. Por favor marque la caja si aplica.

- Individuo se negó a firmar
- Una emergencia detuvo al individuo de firmar.

Comentario: \_\_\_\_\_



## Community Health Systems, Inc. (CHSI)

### Derechos y Responsabilidades del Paciente

Los miembros de los centros de salud tienen derechos y responsabilidades. Sus derechos a proteger a los consumidores de salud. Los miembros también tienen que entender sus responsabilidades con el fin de que sus médicos y otras personas que cuidan de ellos para hacer su mejor trabajo.

#### **Derechos de los Miembros**

- Recibir información sobre CHSI, sus servicios y sus médicos y otros proveedores de una manera que pueda ser fácilmente comprendido.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Elegir un médico de atención primaria dentro de su red de proveedores.
- Participar con su médico en la toma de decisiones sobre su cuidado de salud, y para rechazar el tratamiento.
- Presentar una queja sobre CHSI o la atención que recibe.
- Solicitar un intérprete (coste según corresponda)
- Haga que su expediente médico se mantenga privada.
- Haga arreglos para ver sus expedientes médicos.
- Hacer recomendaciones sobre los derechos de CHSI y políticas de responsabilidad.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia. Ejercer estos derechos sin afectar negativamente a la forma en que son tratados por CHSI, de sus proveedores o el Estado.

#### **Responsabilidad Miembros:**

- Proporcionar información correcta a CHSI, sus médicos y otros proveedores para que puedan cuidar de usted.
- Seguir los planes e instrucciones de cuidado que ha acordado con su médico y otras personas que proporcionan cuidado a usted.
- Lleve su tarjeta de identificación de miembro (s) con usted al recibir atención médica. Si usted tiene otro seguro, proporcionar a la tarjeta también.
- Mantenga las visitas de seguimiento con su médico.
- Proporcionar 24 horas de anticipación si tiene que cancelar una cita
- Tratar a todo el personal CHSI y los proveedores de atención médica con respeto y cortesía. Usted es responsable de pagar cualquier cantidad deducible, coaseguro o cualquier otro saldo no pagado por su compañía de seguros.



**Community Health Systems, Inc.  
(CHSI)**

**Información sobre las Directivas Avanzadas**

**Es su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico**

Este documento explica sus derechos para tomar decisiones de atención de salud y cómo se puede planificar lo que se debe hacer cuando usted no puede hablar por sí mismo. La ley federal requiere que le demos esta información. Esperamos que esta información le ayudará a aumentar su control sobre su tratamiento médico.

**Quién decide sobre mi tratamiento**

Su médico le dará información y asesoramiento sobre el tratamiento. Usted tiene el derecho a elegir. Usted puede decir "sí" a los tratamientos que desee. Usted puede decir "no" a cualquier tratamiento que no desee - incluso si el tratamiento podría prolongarle la vida.

**Cómo sé lo que quiero?**

Su médico debe informarle sobre su estado de salud y sobre lo que los diferentes tratamientos y alternativas de manejo del dolor pueden hacer por usted. Muchos tratamientos tienen "efectos secundarios". Su médico debe ofrecerle información sobre graves problemas que es probable que cause que el tratamiento médico. A menudo, más de un tratamiento puede ayudar a usted, y la gente tiene diferentes ideas sobre lo que es mejor. Su médico puede decirle qué tratamientos están disponibles para usted, pero su médico no puede elegir por usted. Esta elección depende de lo que es importante para usted.

**Otras personas pueden ayudar con mis decisiones?**

**Sí.** Los pacientes a menudo recurren a sus familiares y amigos cercanos para ayudar en la toma de decisiones médicas. Estas personas pueden ayudarle a pensar en las opciones que tiene. Usted puede pedir a los médicos y enfermeras que hablen con sus familiares y amigos. Se puede pedir a los médicos y enfermeras preguntas para usted.

**Puedo elegir a un familiar o amigo para que tome decisiones de atención médica por mí?**

**Sí.** Usted puede decirle a su médico que usted desea que alguien más tome las decisiones de atención médica por usted. Pídale al médico que anote a esa persona como su salud "sustituto" en su expediente médico. El control del sustituto sobre sus decisiones médicas sólo es eficaz durante el tratamiento de su enfermedad o lesión actual o, si se encuentra en un centro médico, hasta que salga de la institución.

**A quién puedo nombrar para que tome decisiones de tratamiento médico cuando estoy en condiciones de hacerlo?**

Puede elegir a un familiar o amigo adulto de su confianza como su "agente" que hable por usted cuando usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.

**Qué pasa si me vuelvo demasiado enfermo como para tomar mis propias decisiones de atención médica?**

Si no se ha nombrado un sustituto, su médico le pedirá sus armarios pariente o amigo disponible para ayudar a decidir qué es lo mejor para usted. La mayoría de las veces eso funciona, pero a veces no todos están de acuerdo sobre lo que debe hacer. Por eso es de gran ayuda si se puede decir de antemano lo que quiere que suceda si no puede hablar por sí mismo.



**Community Health Systems, Inc.  
(CHSI)**

**Información sobre las Directivas Avanzadas**

**Tengo que esperar hasta que esté enfermo para expresar mis deseos sobre mi salud?**

**No.** De hecho, es mejor elegir antes de enfermarse o tener que ir a un hospital, hogar de ancianos u otro centro de atención médica. Puede utilizar una para la **atención médica** de decir que quieres que hable por usted y qué tipo de tratamiento desea. Estos documentos se denominan "**avance**" porque se prepara antes de las decisiones médicas deben hacerse. Se llaman "directivas" porque indican quién hablará en su nombre y lo que se debe hacer. En California, por parte de una directiva anticipada que puede utilizar para designar a un representante para que tome decisiones de atención médica se denomina

***Poder Notarial para el Cuidado de la Salud.*** La parte donde se puede expresar lo que quiere hacer se llama ***Instrucción de cuidado de salud individual.***

**Quién puede hacer una directiva anticipada?**

Usted puede si usted tiene 18 años o más y es capaz de tomar sus propias decisiones médicas. Usted no necesita un abogado.

**A quién puedo nombrar como mi representante?**

Puede elegir a un familiar adulto o cualquier otra persona de su confianza para que hable por usted cuando se deban tomar decisiones médicas.

**Cuándo comienza mi representante a tomar mis decisiones médicas?**

Por lo general, un agente de salud tomará decisiones sólo después de perder la capacidad de hacerlo por sí mismo. Pero, si lo desea, puede indicar en el Poder para la atención médica que desea que el agente puede comenzar a tomará las decisiones de inmediato.

**Cómo sabe mi agente lo que quiero?**

Después de elegir a su agente, hable con esa persona acerca de lo que quieres. A veces las decisiones de tratamiento son difíciles de hacer, y realmente ayuda si su agente sabe lo que quiere. También puede escribir sus deseos en su directiva anticipada.

**Qué pasa si no quiero nombrar a un representante?**

Usted todavía puede escribir sus deseos en su directiva anticipada, sin nombrar a un agente. Se puede decir que usted quiere tener su vida continuó el mayor tiempo posible o se puede decir que usted no quiere el tratamiento para continuar con su vida. También puede expresar sus deseos sobre el uso de alivio del dolor o cualquier otro tipo de tratamiento médico. Incluso si usted no ha llenado una Instrucción Individual escrita Cuidado de la Salud, se puede discutir sus deseos con su médico y pregúntele a su médico para enumerar esos deseos en su expediente médico. O usted puede discutir sus deseos con sus familiares o amigos. Pero es probable que sea más fácil de seguir sus deseos si los escribe.

**Qué pasa si cambio de opinión?**

Usted puede cambiar o cancelar su directriz anticipada en cualquier momento, siempre y cuando pueda comunicar sus deseos. Para cambiar la persona que usted desea hacer sus decisiones de atención médica, debe firmar una declaración o un informe al médico a cargo de su cuidado.



**Community Health Systems, Inc.  
(CHSI)**

**Información sobre las Directivas Avanzadas**

**Qué ocurre cuando alguien toma decisiones sobre mi tratamiento?**

Las mismas reglas se aplican a cualquier persona que haga las decisiones médicas en su nombre un agente de atención médica, un sustituto nombre que le diste a tu doctor, o una persona designada por la corte para tomar decisiones por usted. Todos están obligados a seguir sus instrucciones de cuidado de la salud o, en su defecto, sus deseos generales sobre el tratamiento, incluyendo la interrupción del tratamiento. Si no se conocen sus deseos de tratamiento, el sustituto debe tratar de determinar lo que está en su mejor interés. Las personas que prestan su atención de salud deben seguir las decisiones de su representante o sustituto, a menos que el tratamiento solicitado sería una mala práctica médica o ineficaces para ayudarlo. Si esto causa un desacuerdo que no se puede resolver, el proveedor debe hacer un esfuerzo razonable para encontrar otro proveedor de atención médica para hacerse cargo de su tratamiento.

**Seguiré ser tratado si no hago una directiva anticipada?**

**Por supuesto.** Usted seguirá recibiendo tratamiento médico. Sólo queremos que sepan que si usted está demasiado enfermo como para tomar decisiones, alguien más tendrá que tomarlas por usted.

Recuerde que:

- Un poder notarial para la atención médica le permite nombrar a un agente para tomar decisiones de tratamiento para usted. Su agente puede realizar la mayoría de las decisiones médicas, no sólo acerca de los tratamientos para prolongar la vida cuando usted no puede hablar por sí mismo. También puede dejar que su agente tome decisiones antes, si así lo desea.
- Puede crear una instrucción sanitaria individual por escrito sus deseos sobre su atención médica o por hablar con su médico y pedirle al médico que le anote sus deseos en su expediente médico. Si usted sabe cuándo usted o no quiere ciertos tipos de tratamiento, una instrucción proporciona una buena manera de hacer que sus deseos claramente a su médico ya cualquier otra persona que puede tomar decisiones sobre el tratamiento en su nombre.

Estos dos tipos de directivas anticipadas Salud se pueden utilizar juntas o por separado.

Sistema de Registro: *A partir del 1/1/05*, el Secretario de Estado deberá establecer un sistema de registro a través del cual una persona que ha ejecutado una directiva anticipada de atención médica escrita puede registrar la información relativa a la directiva anticipada. Esta información puede ser revelada a un servicio de urgencias o en el hospital general de agudos de conformidad con la Sección 4717 del Código de Sucesiones. (Código Testamentario, sección 4800).



## Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe como su información medica puede ser usada o divulgada y como usted puede tener acceso a esta información.

**Por favor lea detenidamente.**

### Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y alguna de sus responsabilidades.

#### **Obtenga una copia electrónica de sus expedientes médicos**

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información médica que tenemos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### **Podemos corregir su información**

- Usted puede pedir que corrijamos la información médica acerca de usted que usted cree que es incorrecta o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
- Se puede decir "no" a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de los 60 días.

#### **Pida que su información sea confidencial**

- Usted puede pedirnos que ponernos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo , su domicilio o teléfono de la oficina ), o enviar un correo a una dirección diferente
- Vamos a decir " sí" a todas las solicitudes razonables.

#### **Puede pedirnos limitar la información que compartimos**

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, de las operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y se puede decir "no" si afecta su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo médico fuera de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartir esa información con el propósito de pago o de las operaciones de su compañía de seguros de salud. Vamos a decir "sí " a menos que la ley nos obliga a compartir esa información.

**Obtenga una lista de con quien compartimos su información clínica**

- Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud de hasta seis años anteriores a la fecha de solicitud. Con quien lo compartimos y porque.
- Vamos a incluir todas las revelaciones, excepto planes de tratamiento, información financiera y operaciones de atención de salud, y otras informaciones (como cualquiera que nos pida que no compartamos). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si pide otra dentro de los siguientes 12 meses.

**Obtenga una copia de sus derechos de Privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónica. Nosotros le proporcionaremos con una copia en papel con prontitud.

**Escoja a un representante para actuar por usted**

- Si usted ha dado a alguien poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene la autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

**Tramite una queja si cree que su privacidad o sus derechos han sido violados**

- Usted puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información en la página 1.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles EE.UU. mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/quejas](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/quejas)
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**Sus opciones**

Para obtener cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y opción decirnos que es lo que desea:**

- Compartir información con su familia, amistades cercanas, otros relacionados con su cuidado
- Share information in a disaster relief situation
- Include your information in a hospital directory

*Si no puede darnos sus preferencias, por ejemplo si esta inconsciente tal vez compartamos su información si creemos que es benéfico para su cuidado. También podemos revelar i información si es necesario para reducir el riesgo o hay algún peligro inminente a su salud o su seguridad.*

**En estos casos nunca usaremos su información a menos de que tengamos una autorización por escrito**

- Propósitos comerciales
- Venta de información
- Compartir notas para psicoterapia

**En caso de recaudación de fondos:**

- Lo contactaremos en caso de recaudación de fondos, per o usted nos puede pedir no contactarlo otra vez.

## Nuestro uso y Divulgación

### Como usamos o compartimos típicamente su información de salud?

Nosotros usamos y compartimos su información de salud de la siguiente manera.

<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar su información de salud y compartirla con otro Profesional de la salud encargado de su tratamiento cuando consulte a otro Profesional.</li></ul> <p><i>Ejemplo: Un doctor tratándolo por una lastimadura pregunta a otro doctor a cerca de su condición de salud en general.</i></p>
<b>Para uso interno</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar su información para uso interno de la clínica, en un esfuerzo de mejorar nuestras prácticas, se le contactara si es necesario.</li></ul> <p><i>Ejemplo: Usamos su información para mejorar el servicio y su tratamiento.</i></p>
<b>Para usos de contabilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar su información para obtener los pagos de su seguridad médica.</li></ul> <p><i>Ejemplo: Para obtener el pago por servicios prestados.</i></p>

### Quien más puede usar o compartir su información de salud?

Estamos autorizados para usar su información de salud en diferentes maneras – usualmente de manera que contribuya a su salud o beneficio, tales como salud pública y búsquedas. Hay ciertos requerimientos ante la ley que se tienen que cumplir antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información visite el sitio web: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Ayuda a la Salud Pública y problemas de seguridad

Podemos compartir la información sobre su salud para determinadas situaciones tales como:

- Prevenir la enfermedad
- Ayudar con la retirada de productos
- Informar las reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona

<b>Investigacion</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar su información en caso de alguna investigación médica.</li></ul>
<b>Para cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver de qué estamos cumpliendo con la privacidad de la ley federal.</li></ul>
<b>Responder a las solicitudes de donadores de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos compartir información sobre su salud con las organizaciones de adquisición de órganos</li></ul>
<b>Trabajar en conjunto con el Forense de una casa funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando muere una persona</li></ul>
<b>Ayudar con investigaciones de Compensación al</b>	<p>We can use or share health information about you:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>For workers' compensation claims</li><li>For law enforcement purposes or with a law enforcement official</li></ul>



## **Trabajador u otra agencia de la ley**

- With health oversight agencies for activities authorized by law
- For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

---

## **Responder a alguna demanda o para contribuir con la ley**

- Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial

---

*CHSIs Fallbrook clínica es la única instalación que crea y conserva la nota psicoterapia.*

*CHSI tiene el mandato de seguir la prueba de sangre obligatoria y confidencialidad para proteger la sección 120975-121020 Código de Seguridad Pública de Salud y Salud de California. Esta ley protege la privacidad de las personas que son objeto de análisis de sangre para anticuerpos contra el agente causal probable de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*

*CHSI no compartirá cierta información de salud en relación con un hijo menor de edad (> 13 años) acompañados por sus padres cuando les esté permitido por el hijo menor de edad como se demuestra en los siguientes ejemplos:*

*Ejemplo: Una ley estatal establece que un adolescente el derecho a obtener un tratamiento de salud mental sin el consentimiento de sus padres, y el consentimiento del adolescente a un tratamiento sin el consentimiento de los padres.*

*Ejemplo: Un médico debe recibir el permiso del niño (de 13 años) a revelar información relativa a un niño acerca de su sexualidad.*

---

*CHSI provee record de vacunas a las escuelas locales*

## **Nuestras Responsabilidades**

- *Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.*
- *Le haremos saber lo antes posible si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.*
- *Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma.*
- *No utilizaremos ni compartiremos su información distinta a la descrita aquí a menos que nos diga lo que podamos por escrito. Si nos dicen que puede, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Haznos saber por escrito si cambia de opinión.*

*Para obtener más información, visite*

*[www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/comprensión/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/comprensión/consumers/noticepp.html)*

## **Los cambios en las condiciones de este Aviso**

*Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.*

## **Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:**

*Este aviso se aplica a los sistemas sanitarios de la Comunidad, Inc. es los centros de salud; Bloomington Community Health Center, Fallbrook Community Health Center, Magnolia Community Health Center, Moreno Valley Family Health Center y la University Community Health Center, y se encuentra en Riverside, San Bernardino y San Diego.*

***Por favor, póngase en contacto con Community Health Systems , Inc. Director de Cumplimiento Corporativo , el Dr. Reginald Moore al 951-571-2300 o por correo electrónico a [r.moore @ chsica.org](mailto:r.moore@chsica.org), para más explicaciones o si necesita ayuda para entender este aviso.***