



Community Health Systems, Inc. (CHSI) Consentimiento General del Paciente

ARTÍCULOS DE CONSENTIMIENTO	INICIALES DEL PACIENTE
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por la presente autorizo el tratamiento médico para la persona nombrada arriba.	
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES: Por la presente, confirmo haber recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de CHSI. Asimismo, reconozco que se me ofrecerá una copia de cualquier modificación si la solicito.	
ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA CALIFORNIA: Por la presente reconozco que he recibido información sobre directivas anticipadas.	
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA: Por la presente, confirmo haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA de CHSI. Asimismo, confirmo que una copia del aviso actual está disponible/publicada en la sala de espera, y que se me ofrecerá una copia de cualquier modificación si la solicito.	
HISTORIAL MÉDICO: Por la presente autorizo a CHSI a acceder a mi historial médico, sin limitación ni exclusión, según sea necesario y/o razonablemente aconsejable para divulgar, procesar, recuperar, transmitir y ver mi historial médico.	
SEGURO MÉDICO: Por la presente, autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a CHSI mis reclamaciones. Entiendo que mi seguro médico podría pagar menos de la factura real por los servicios prestados y acepto ser responsable de cualquier saldo pendiente que yo o mis dependientes podamos incurrir.	
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 cada año. He elegido darle al personal 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: _____ Fe. Nac: _____

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fe. De Hoy: _____

Si no ha sido firmado por el paciente, indique relación: _____

Para uso del Personal Solamente

Notice of Privacy Practices not Obtained

To be completed by CHSI when a patient's signed Acknowledgement form is not obtained.

Please check the box that best applies:

- ☐ Individual refused to sign.
☐ An emergency situation prevented us from obtaining the acknowledgement.

Comment: _____



Community Health Systems, Inc. (CHSI)

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Los miembros de nuestros centros de salud tienen derechos y responsabilidades. Sus derechos los protegen como consumidores de atención médica. También deben comprender sus responsabilidades para que sus médicos y otras personas que los atienden puedan realizar su mejor trabajo.

Derechos de los Miembros:

- Recibir información sobre CHSI, sus servicios, médicos y otros proveedores de una manera fácil de entender.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Elegir un Médico de Atención Primaria de su red de proveedores.
- Participar con su médico en la toma de decisiones sobre su atención médica y rechazar tratamientos.
- Presentar una queja sobre CHSI o la atención que recibe.
- Solicitar un intérprete (costo según corresponda).
- Mantener la privacidad de su historial médico.
- Coordinar una cita para ver sus registros médicos.
- Hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de CHSI.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia. Ejercer estos derechos sin afectar negativamente el trato que recibe de CHSI, sus proveedores o el Estado.

Responsabilidades de los miembros:

- Brindar información correcta a CHSI, sus médicos y otros proveedores para que puedan atenderle.
- Seguir los planes e instrucciones de atención que haya acordado con su médico y otras personas que le brinden atención.
- Traer su(s) tarjeta(s) de identificación de miembro cuando reciba atención médica. Si tiene otro seguro, también presente esa tarjeta.
- Asistir a las citas de seguimiento con su médico.
- Notificar con 24 horas de anticipación si necesita cancelar una cita.
- Tratar a todo el personal de CHSI y a los proveedores de atención médica con respeto y cortesía.
- Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, coaseguro o cualquier otro saldo que no haya pagado su compañía de seguros.



Community Health Systems, Inc. (CHSI)

Directiva Anticipada de Atención Médica

INTRODUCCIÓN A SU DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

Este paquete contiene un documento legal, una Directiva Anticipada de Atención Médica de California que protege su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea, o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

El documento Directiva Anticipada de Atención Médica de California consta de cinco partes. Puede llenar cualquiera de las cuatro primeras partes o todas ellas en función de sus necesidades de planificación anticipada. Sin embargo, **debe llenar la parte 5.**

¿Qué debo hacer para que mi documento Directiva Anticipada de Atención Médica de California sea legal?

Debe firmar y poner la fecha en su documento de Directiva Anticipada de Atención Médica o solicitar a una persona mayor de edad que lo haga por usted si no es capaz de firmarlo usted mismo, y en ambos casos debe hacerse ante un notario público o ante dos testigos mayores de edad.

Los dos testigos mayores de edad no podrán ser:

- su proveedor de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica;
- el operador o un empleado de un centro de asistencia comunitaria;
- el operador o un empleado de un centro de atención residencial para adultos mayores, o
- la persona que haya designado como apoderado, si es el caso.

Además, uno de sus testigos no debe tener parentesco con usted por consanguinidad, afinidad o adopción y no debe tener derecho a ninguna parte de su patrimonio.

Si usted es paciente de un centro de enfermería especializada en el momento de realizar sus instrucciones anticipadas, uno de sus testigos debe ser un defensor del paciente o un mediador.

¿A quién debo nombrar como mi apoderado?

Su apoderado es la persona que usted designa para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que no sea capaz de tomar decisiones usted mismo. Su apoderado podrá ser un familiar o un amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su apoderado debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

Su apoderado no podrá ser:

- su proveedor de atención médica responsable;
- el operador de un centro de asistencia comunitaria o de un centro de atención residencial donde usted esté recibiendo cuidados, o
- el empleado de una institución de atención médica donde usted esté recibiendo cuidados o el empleado de un centro de asistencia comunitaria o de un centro de atención residencial donde usted esté recibiendo cuidados, salvo que:
 - el empleado tenga parentesco con usted por consanguinidad, afinidad o adopción;
 - el empleado sea su pareja doméstica registrada, o
 - el empleado sea su compañero de trabajo en el centro o institución.

Puede designar a una segunda y tercera persona como sus apoderados suplentes. Un apoderado suplente intervendrá si la(s) persona(s) que usted nombra como apoderado(s) no es(son) capaz(ces), no está(n) dispuesto(s) o no está(n) disponibles para actuar en su nombre.



Community Health Systems, Inc. (CHSI)

Directiva Anticipada de Atención Médica

¿Debo añadir indicaciones personales a mi documento de instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para realizar un documento de Directiva Anticipada de Atención Médica es que se escuche su voz. Cuando nombra a un apoderado y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el apoderado se encuentra en la mejor posición para defenderle. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su apoderado para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras “siempre” y “nunca”. En cualquier caso, asegúrese de hablar con su apoderado y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una “calidad de vida” aceptable.

¿Cuándo entra en vigencia la potestad de mi apoderado(a)?

Normalmente, sus instrucciones anticipadas solo entrarán en vigor cuando su equipo médico determina que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones. En California, sin embargo, puede elegir que la potestad de su apoderado entre en vigor de forma inmediata o solo después de que un médico determine y documente que usted no es capaz de tomar decisiones usted mismo. Incluso si elige que la potestad de su apoderado sea inmediata, usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del apoderado

Su apoderado, si designa uno, no tiene la potestad para autorizar tratamientos convulsivos, psicocirugía, esterilización o aborto, ni para internarle o ingresarle en un centro de tratamiento de salud mental.

Su apoderado estará sujeto a las leyes vigentes en California en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

A excepción de la designación de su apoderado, usted puede revocar cualquier parte o la totalidad de estas instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier forma que comunique su intención de revocarlas. Puede hacerlo comunicando su decisión de revocar a su apoderado o a su médico, firmando una revocación o simplemente rompiendo su documento de instrucciones anticipadas.

Para revocar la designación de su apoderado, debe comunicar a su proveedor de Atención médica responsable su intención de revocar o revocar la designación de su apoderado mediante un escrito firmado.

Si realiza un nuevo documento de Directiva Anticipada de Atención Médica, este revocará el anterior en la medida en que exista alguna contradicción entre ambos documentos.

A menos que especifique lo contrario, si designa a su cónyuge como su apoderado, dicha designación quedará automáticamente revocada por divorcio o anulación de su matrimonio.

Temas de salud mental

Estos formularios no abordan expresamente las enfermedades mentales, aunque usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su apoderado relacionada con temas de salud mental. La National Resource Center on Psychiatric Advance Directives mantiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de Directiva Anticipada de Atención psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial permanente que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otros datos importantes debo saber?

Tenga en cuenta que sus Directiva Anticipada de Atención no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su apoderado. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP) salvo que tenga una orden médica independiente, que suele denominarse “instrucciones de atención médica prehospitalarias” u “órdenes de no reanimación”.



Community Health Systems, Inc. (CHSI)

Directiva Anticipada de Atención Médica

Los formularios de no reanimación (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud de su estado o en el departamento para adultos mayores (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portables de tratamiento de soporte vital (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas del estado (<https://polst.org/formpatients/>). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse al personal de emergencias al llegar. Estas instrucciones indican al personal de ambulancias y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.



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 medicos:	• 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 ponerse 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.

Sus Derechos *continua*

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 • 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 • Compartir información en una situación de socorro ante desastres • Incluir su información en un directorio del hospital <i>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 información si es necesario para reducir el riesgo o hay algún peligro inminente a su salud o su seguridad.</i>
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:	• Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted puede indicarnos que no lo contactemos nuevamente.

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.

Tratamiento	Podemos usar su información de salud y compartirla con otro Profesional de la salud encargado de su tratamiento cuando consulte a otro Profesional.	Ejemplo: Un doctor tratándolo por una lastimadura pregunta a otro doctor a cerca de su condición de salud en general.
Para uso interno	Podemos usar su información para uso interno de la clínica, en un esfuerzo de mejorar nuestras prácticas, se le contactara si es necesario.	Ejemplo: Usamos su información para mejorar el servicio y su tratamiento.
Para usos de contabilidad	Podemos usar su información para obtener los pagos de su seguridad médica.	Ejemplo: Para obtener el pago por servicios prestados.

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.

Ayuda a la Salud Publica 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
Investigacion	Podemos usar su información en caso de alguna investigación médica.
Para cumplir con la ley	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..
Responder a las solicitudes de donadores de	Podemos compartir información sobre su salud con las organizaciones de adquisición de órganos
Trabajar en conjunto con el Forense de una casa funeraria	Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando muere una persona
Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests	- We can use or share health information about you: - For worker's compensation claims - For law enforcement purposes or with a law enforcement official - With health oversight agencies for activities authorized by law - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
Ayudar con investigaciones de Compensación al	Podemos usar o compartir su información médica: - Para reclamaciones de compensación laboral - Para fines policiales o con un agente del orden público

Trabajador u otra agencia de la ley	• Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley. • Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
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

La clínica de CHSI localizada en Fallbrook 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

Los cambios en las condiciones de este Aviso

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

*El aviso se aplica a los centros de salud y farmacias de **Community Health Systems, Inc.** en los condados de **Riverside, San Bernardino y San Diego.***