

Bienvenido A

El Centro de Salud Familiar De Oklahoma Meridional

Queremos hacer que su experiencia con nosotros sea tan cómoda y conveniente como sea posible.

El Centro de Salud Familiar de Oklahoma Meridional, inc. Es un centro de salud comunitario privado, no lucrativo, que proporciona asistencia médica comprensiva para las familias e individuos, de todas las edades, sin importar su capacidad de pagar.

**Centro de Salud Familiar
De Oklahoma Meridional
610 E. 24th Street
Tishomingo, Ok 73460**

Después del horario normal de oficina, (enumeradas abajo) marque el número de la clínica, y nuestro sistema de contestación le dará el número que debe llamar en caso de una emergencia.

Centro de Salud de Oklahoma Meridional:

(580) 371-2343

Horario: Lunes a Jueves
Viernes

7:30A.M.-6:00 P.M.
7:30A.M -11:30 A.M.

Cuando Necesite Volver a Surtir su Medicamento.

Cuando necesite volver a llenar su medicamento por favor siga las siguientes instrucciones:

Por favor llame a su farmacia y ellos nos mandaran un pedido por fax. Después aprobaremos o negaremos la petición y la enviaremos por fax a su farmacia. Permítale a su farmacia 48 horas para que su petición sea progresada. Este seguro de dar un plazo de tiempo extra en fines de semana y días festivos. Si se le acaban los medicamentos durante el fin de semana o en un día festivo, habrá un retraso en el relleno de sus medicamentos hasta que la farmacia abra de nuevo. Por favor llame a la farmacia antes de recoger sus medicamentos.

Gracias.

Es absolutamente PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE USO DE TABACO en el edificio del Centro de Salud Familiar de Oklahoma Meridional o en cualquier área de la propiedad.

Registro

Para poder hacer su visita con nosotros tan suave y rápida como sea posible, es necesario que nos llames por teléfono para una cita. Si su cita es para una visita rutinaria, usted hablará con una recepcionista.

Si usted está llamando para una cita urgente, será conectado con una enfermera para poder determinar sus necesidades de salud rápidamente y poder hacerle su cita basada en sus necesidades.

Si usted se enferma y los centros están cerrados, por favor llame a la sala de urgencias más cercana (Johnston Memorial Hospital (580) 371-2327).

El Centro de Salud Familiar de Oklahoma Meridional está abierto de lunes a jueves de 7:30 A.M. a 6:00 P.M. Viernes de 7:30 A.M. a 11:30 A.M.

Si no puede llegar a su cita, por favor llámenos lo mas pronto posible para cancelar su cita así podremos darle ese tiempo a otros pacientes. Si no nos llama para cancelar su cita esto puede resultar en cargos hacia usted.

Debe cerciorarse de traer su tarjeta de identificación a cada visita si esta cubierto por Medicaid, Medicare, o por un seguro privado. Déjenos saber si su portador de seguro o elegibilidad de seguro cambia.

También traiga con usted los expedientes de inmunización de los niños.

Si estás tomando medicina prescrita por otro doctor, traiga todas las botellas de medicina con usted a su cita.

Notifiquenos si ah habido algún cambio en dirección, número de teléfono, estatus de empleo o de familia.

8. Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación que implique comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que reciben un medicamento y de aquellos que reciben otra para la misma condición. Sin embargo todos los proyectos de investigación, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de la información de salud protegida, intentando balancear las necesidades de los investigadores con las necesidades de los pacientes para mantener la privacidad de su información de salud protegida. Antes de que utilicemos o divulguemos la información médica para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado por este proceso de aprobación, sin embargo, podemos, divulgar la información de salud protegida sobre usted a las personas que se estén preparando para conducir un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar a un paciente con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información de salud protegida que repasen no salga de la clínica. Casi siempre pediremos su permiso específico si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección, o otra información que pueda revelar quién es usted, o si esta persona está implicada en su cuidado en la clínica.

9. Información de Salud Pública: Podemos divulgar información de salud protegida sobre usted para actividades de salud pública, por ejemplo para:

- A. Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- B. Reportar defectos de nacimiento o infecciones infantiles de los ojos;
- C. Reportar diagnósticos de cáncer y de tumores;
- D. Reportar el abuso y la negligencia hacia los niños, o niños con alcohol u otra sustancia en su sistema;
- E. Reportar reacciones a los medicamentos o problemas con los productos;
- F. Notificar a las personas de productos retirados del mercado que puedan estar utilizando;
- G. Notificar al Departamento de Salud del Estado de Oklahoma que una persona pudo haber sido expuesta a una enfermedad o que puede estar en peligro de contraer o contagiar una enfermedad o condición tal como VIH, sífilis, u otras enfermedades de transmisión sexuales;
- H. Notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia, o de violencia domestica, si usted está de acuerdo o cuando sea requerido por la ley.

10. Actividades de Negligencia de la Salud: Podemos divulgar información de salud protegida a agencias de negligencia de salud para las actividades necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, programas gubernamentales, en conformidad con las leyes aplicables. Por ejemplo las actividades de negligencia incluyen, intervenciones, investigaciones, inspecciones, de los aparatos médicos y acreditaciones.

11. Demandas y Conflictos: Si está implicado en una demanda o un conflicto, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden de la corte o una orden administrativa. También podemos divulgar la información de salud protegida sobre usted en respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal de alguien más que esté involucrado en la demanda, pero solamente si ha habido un esfuerzo en comunicarse con usted sobre la petición o para obtener una orden que proteja la información pedida.

Cambios a este Aviso:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer revisiones a este aviso y de cambiar la fecha de efectividad de la información de salud protegida que ya tenemos sobre usted así como cualquier información que recibamos en el futuro. Pondremos una copia del aviso más reciente en la clínica. El aviso contendrá en la parte de arriba de la primera página, la fecha de efectividad. Además, cada vez que usted se presente en la clínica para servicios de tratamiento o cuidado médico haremos disponible para usted una copia del aviso actual.

Autorización para otros Usos de la Información de Salud Protegida

Otros usos y divulgaciones de información de salud protegida no cubiertas por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros serán hechas solamente con su autorización por escrito. Si nos proporciona la autorización de utilizar o de divulgar información de salud protegida sobre usted, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, no utilizaremos o divulgaremos la información de salud protegida sobre usted por las razones que usted exprese en su autorización escrita. Entiende que no podemos retirar cualquier acceso que hayamos hecho ya con su autorización, y que requerimos conservar nuestros expedientes del cuidado que le proporcionamos.

El paciente tiene el derecho a la continuidad del cuidado médico. El proveedor de asistencia médica tiene la obligación de asistir en la coordinación del cuidado médico indicado en conjunto con otros proveedores de salud que tratan al paciente. El proveedor de la salud puede discontinuar cuidado del paciente proporcionando suficiente tiempo para que el paciente busque otro proveedor médico.

Responsabilidades del Paciente

1. La buena comunicación es esencial para una relación exitosa entre el proveedor de salud y el paciente. En la medida de lo posible, los pacientes tienen la responsabilidad de ser honestos y de expresar sus preocupaciones claramente al proveedor de salud.
2. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar un historial médico completo; en la medida que sea posible, incluyendo información acerca de historial de enfermedades, medicamentos, hospitalizaciones, antecedentes familiares de enfermedad y otras materias referentes a su salud actual.
3. Los pacientes tienen la responsabilidad de pedir información o clarificación sobre el estado de salud o tratamiento cuando no entienda completamente lo que se le ha dicho.
4. Una vez que los pacientes y los proveedores de la salud estén de acuerdo en las metas de terapia, los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar con el plan de tratamiento. Seguir las instrucciones del proveedor de salud es esencial para la seguridad pública e individual. Los pacientes también tienen la responsabilidad de divulgar si están siguiendo los tratamientos previamente convenidos e indicar cuándo quisieran reconsiderar el plan de tratamiento.
5. Los pacientes también deben tener un interés en los efectos que pueda causar su conducta o comportamiento que pudiera poner la salud de otras a riesgo.

Responsabilidades Financieras

1. El Centro de Salud Familiar de Oklahoma Meridional está comprometido a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes, nosotros cobramos lo que generalmente es acostumbrado para nuestra área.
2. El pago por los servicios (co-pago del seguro, el plan de descuento, o pago completo) es, requerido a la hora de su cita. Pagos en efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito, Money orden, y cheques de cajero son aceptados en todas nuestras localidades.
3. Si tiene seguro médico, incluyendo Medicare y Medicaid, nosotros mandaremos el cobro a estas instalaciones por los servicios rendidos. La póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted tiene la responsabilidad de saber y entender qué servicios están y que servicios no están cubiertos bajo su póliza de seguro. Si su portador de seguro se niega a pagar por cualquier razón, usted será responsable de la cantidad no cubierta por la compañía de seguro. Si usted tiene algún cambio en la cobertura de seguro es muy importante que usted notifique al personal de la clínica inmediatamente.
4. Si usted no tiene seguro, puede ser que usted califique para un descuento. El Centro de Salud de Familiar de Oklahoma Meridional ofrece "una escala de descuento" el descuento es

CENTRO DE SALUD FAMILIAR

De Oklahoma Meridional

Poder de Asistencia Médica y Directiva Anticipada

Acerca del formulario para el poder de atención médica

Este es un documento legal importante. Antes de firmar, usted debería comprender los siguientes hechos:

1. Este formulario da a la persona que usted escoja como su agente, la autorización de tomar todas las decisiones de su atención médica por usted, a menos que usted lo indique de otra forma en este formulario. Atención médica significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar una enfermedad mental o física.
2. A menos que usted lo indique de otra forma en este formulario, su agente podrá tomar la decisión de remover o dar tratamiento de mantenimiento de vida.
3. A menos que su agente sepa sus deseos acerca de la nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua suministrada por un tubo de alimentación o línea intravenosa), a él o ella no se le permitirá rechazar o autorizar esas medidas por usted.
4. Su agente comenzará a tomar decisiones por usted cuando su doctor determine que usted no está capacitado para tomar decisiones relacionadas con su atención médica por sí mismo.

Usted puede escribir en este formulario, ejemplos de los tipos de tratamientos que no le gustaría que le administraran o aquellos tratamientos que a usted le gustaría asegurarse de que usted recibirá. Su agente deberá seguir sus instrucciones (escritas y orales) cuando tome decisiones por usted.

Si usted desea darle instrucciones escritas a su agente, hágalo en este formulario. Por ejemplo, usted puede decir:

1. *Si yo me enfermo terminal mente, yo no deseo recibir los siguientes tratamientos...*
2. *Si yo estoy en coma o inconsciente, sin ninguna esperanza de recuperación, entonces yo deseo o no deseo...*
3. *Si yo tengo daño cerebral o una enfermedad cerebral que evite que pueda reconocer a las personas o hablar y no hay esperanza de que mi condición mejore, entonces yo deseo o no deseo...*
4. *Yo he discutido mis deseos con mi agente acerca de _____ y quiero que mi agente se encarga de todas las decisiones relacionadas con estas medidas.*

Ejemplos de tratamientos médicos que usted tal vez desee dejar instrucciones especiales a su agente están listados abajo. Esta no es una lista completa de tratamientos de los cuales usted puede dejar instrucciones.

1. Respiración artificial
2. Nutrición y hidratación artificial (nutrimento y agua proveído por un tubo)
3. Resucitación cardiopulmonar
4. Medicamentos anti-sicóticos
5. Terapia de descarga eléctrica
6. Antibióticos
7. Psicocirugía

Nosotros le proporcionaremos un formulario de poderes de asistencia médica e información de cómo llenar el formulario. Nuestro personal estará feliz de ayudarlo. Si tiene cualquier pregunta por favor pregúntele a su proveedor médico o enfermera. Por ejemplo, si necesita más información acerca de las diferentes alternativas médicas antes de tomar una decisión, por favor pregunte.

Si usted decide hacer un testamento en vida, por favor déjenos saberlo para hacer nota de sus deseos en su récord médico.

¿Qué es un agente de atención médica?

Un agente de asistencia médica es una persona que usted escoge y nombra en un formulario de directiva anticipada como la persona que comunicara sus deseos a su proveedor de salud. Su agente tomara decisiones solamente cuando usted no pueda. Si usted elije un agente de asistencia médica, es muy importante que usted le informe a esta persona y discuta con anticipación sus deseos y valores con ellos. Un agente de asistencia médica es simplemente otro término para elegir una persona que represente sus intereses.

¿Designar un agente de asistencia médica es lo mismo que escribir un testamento en vida?

No, un testamento en vida puede ser usado para describir sus deseos específicos. Usualmente es usado para decir que usted no quiere que tomen "actos heroicos o medidas extraordinarias" para prolongar su vida si usted tiene una condición terminal. Un testamento en vida solamente indica sus preferencias; pero no designa una persona para que tome decisiones en su nombre.

Planeando por Adelantado su Tratamiento Médico

Su derecho a decidir acerca de tratamiento

Adultos en el estado de Oklahoma tienen el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico, incluyendo tratamiento de sostenimiento de vida. Nuestra constitución y ley estatal protege sus derechos. Esto significa que usted tiene el derecho a pedir o consentir tratamiento, a reusar tratamiento antes de que haya comenzado, y a que se detenga el tratamiento cuando haiga comenzado.

Planeando por Avanzado

Avécese por causa de una enfermedad o por un accidente las personas no pueden hablar con su doctor acerca de su tratamiento. Usted tal vez desee planear por avanzado para asegurarse que sus deseos acerca de su tratamiento sean seguidos si usted no puede decidir por sí mismo por un corto o largo periodo de tiempo. Si usted planea por adelantado, tal vez se les permita a sus familiares u otras personas cercanas a usted que tomen decisiones por usted y que sigan sus deseos.

En el estado de Oklahoma, designar a una persona a la que usted tenga confianza para que decida acerca de su tratamiento encaso de que usted no pueda decidir por sí mismo es la mejor manera para proteger sus deseos acerca de que tratamientos desee recibir. Usted tiene el derecho a elegir a alguien para que llene un formulario llamado poder de asistencia médica. Una copia del formulario e información acerca del poder de asistencia médica está disponible en la clínica de su proveedor de salud. Si usted no tiene a nadie a quien asignar para que haga decisiones por usted, no quiere designar a nadie, usted también puede dejar instrucciones específicas por adelantado. Estas instrucciones por lo regular son por escrito y se les llama testamento en vida.