



***Queremos darle la bienvenida como paciente al Centro de Salud Familiar del Sur de Oklahoma [Family Health Center of Southern Oklahoma] y hacer que su experiencia con nosotros sea lo más cómoda y conveniente posible.***

El Centro de Salud Familiar del Sur de Oklahoma (FHCSO, por sus siglas en inglés) es un centro de salud comunitario privado, sin fines de lucro, que ofrece atención médica, dental y de salud conductual integral para familias y personas de todas las edades, sin importar su capacidad de pago. La casa de salud de FHCSO es responsable de la atención continua que es posible gracias a un enfoque de equipo de atención dirigido por un médico, para el cuidado de la salud. Un equipo de atención es responsable de coordinar y gestionar la atención de usted, el paciente. Usted es un miembro importante de su equipo de atención al paciente, y parte de su proceso incluirá la selección de un médico de registro. FHCSO utiliza una atención basada en las pruebas, en la cual usted, el paciente, se convierte en un socio en el proceso de toma de decisiones (elección del paciente basada en las pruebas). La atención basada en las pruebas utiliza los mejores datos científicos disponibles para informarle sobre los riesgos y beneficios de determinadas opciones de tratamiento, de modo que pueda decidir cuál es la mejor opción de atención para usted.

**El Centro de Salud Familiar del Sur de Oklahoma cuenta con 4 centros para atenderlo:**

610 E. 24<sup>th</sup> Street, Tishomingo OK, 73460 – Tel: 580-371-2343 \* Fax: 580-371-2451  
107 E. Post Avenue, Coalgate, OK 74538 – Tel: 580-927-2828 \* Fax: 580-927-9876  
1556 S. Virginia Ave, Atoka, OK 74525 – Tel: 580-889-4746 \* Fax: 580-889-4735  
21 North Main, Kingston, OK 73439 – Tel: 580-564-7885 \* Fax: 580-564-7902

**Todos los centros están abiertos:**

Lunes a jueves ~ 7:30 a.m. – 6:00 p.m.

Viernes ~ 7:30 a.m. – 11:30 a.m. (Sólo para personas sin cita previa)

*Las llamadas realizadas fuera de las horas laborales serán desviadas a nuestro servicio de respuesta para triage y asesoría clínica.*

***El CONSUMO DE TABACO está totalmente prohibido (incluyendo fumar, masticar y hacer vaping) en el edificio del centro de salud o en los terrenos de FHCSO.***



para actualizaciones o estamos en la red [www.fhcsso.org](http://www.fhcsso.org)

Revisado: 28-04-20

## A NUESTROS VALIOSOS PACIENTES:

La misión/visión de FHCSO es proporcionar atención médica de alta calidad a nuestros pacientes a través de servicios integrales. Las responsabilidades de la casa de salud de FHCSO son:

- Mejorar la atención primaria
- Coordinar y rastrear los cuidados
- Manejo de enfermedades crónicas (CCM)
- Asesoría de salud preventiva
- Proporcionar una atención integral que considere a la "persona completa"
- Incluir al paciente como un miembro colaborador del equipo de atención
- Proporcionar consejos sobre la comunicación con el equipo de atención
- Proporcionar asistencia clínica durante y después de las horas de trabajo
- Trabajo en equipo del personal clínico
- Proporcionar directrices basadas en pruebas

Con el fin de continuar con nuestro nivel actual de servicios, es necesario cobrar como mínimo una tarifa nominal a todos nuestros pacientes cuando reciban los servicios. Esto incluye el copago de Medicare y del seguro privado, así como la tarifa nominal. La Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) permite a FHCSO ofrecer un programa de escala móvil de honorarios para nuestros pacientes. Los pacientes que soliciten y califiquen para el descuento de escala móvil de honorarios y estén en o por debajo del 100% del Nivel de Pobreza Federal (FPL) no tendrán que pagar honorarios. Las personas que estén por encima del 200% del FPL no son elegibles para los descuentos de escala móvil de honorarios.

Así como nadie va a una tienda esperando no pagar por sus productos, la gente no debería estar condicionada a pensar que los Centros de Salud Comunitarios ofrecen atención gratuita. Los fondos de subsidios permiten a los CHC brindar atención médica asequible para todos, usando una escala móvil de honorarios ligada a los niveles de pobreza. A nadie se le negarán los servicios basados en su incapacidad para pagar. FHCSO proporcionará servicios básicos de laboratorio y rayos X con descuento a sus pacientes bajo la escala móvil de honorarios. Los estándares federales de pobreza se revisan y actualizan anualmente y se publican en el Registro Federal (por lo general a mediados de febrero).

**Para los pacientes que no tienen ningún tipo de cobertura médica, se descontarán nuestros honorarios si usted califica, con base en los ingresos y el tamaño de la familia. Por favor, pida una solicitud en la recepción.**

Los pacientes serán responsables de los honorarios no cubiertos o rechazados por el seguro, indemnización por accidente laboral o cualquier otro método de pago en un plazo de 90 (noventa) días a partir de la prestación del servicio. Si tiene alguna pregunta sobre sus honorarios, puede comunicarse con nuestro asesor financiero al (580) 371-2343.

Otros recursos disponibles para los pacientes de FHCSO incluyen, portal del paciente, materiales de educación para el paciente y servicios de traducción. Las barreras del idioma comprometen la calidad de la atención médica para las personas con limitado dominio del inglés (LEP). La clínica prohíbe la discriminación basada en raza, color, religión o nacionalidad. FHCSO proporciona a las personas con limitado dominio del inglés un acceso equitativo y significativo a sus servicios, ofreciendo asistencia lingüística sin costo alguno para el individuo. La clínica provee servicios de interpretación (verbal) y de traducción (escrita) para todos los programas y servicios clínicos, con el fin de facilitar la comunicación entre los proveedores de salud y los pacientes con LEP o sordera, o con problemas de audición, y sus familias.

El personal de FHCSO agradece su continuo apoyo a nuestras instalaciones en Tishomingo, Atoka, Kingston y Coalgate. Esperamos poder atenderlos a usted y a su familia.

Atentamente,

Tina Davis,  
Directora General

## Registro

Con el fin de que su visita con nosotros sea lo más fácil y rápida posible, es necesario que nos llame para pedir una cita. Si llama para programar una visita de rutina, hablará con una recepcionista. Si llama por una situación de urgencia, se le comunicará con nuestra enfermera de exploración para obtener asesoría clínica. Se evaluarán sus necesidades de salud y se concertará una cita de acuerdo con sus necesidades.

Si llama para hablar con su médico personal y su equipo, se enviará una llamada médica a ese equipo y se le atenderá de manera oportuna. Nuestro objetivo es que todas las llamadas sean atendidas lo más rápido posible, dentro de las siguientes 72 horas.

**FHCSO está abierto de lunes a jueves de 7:30 a.m. a 6:00 p.m. y los viernes de 7:30 a.m. a 11:30 a.m.**

Si no puede asistir a su cita en nuestro centro, por favor llame e infórmenos lo antes posible para que se le dé su turno a otro paciente. Cuando haya faltado a tres (3) citas en un período de un año sin avisar con 24 horas de anticipación para reprogramar o cancelar, se le atenderá sólo cuando otro paciente cancele su cita. FHCSO ya no programará más citas. El servicio nocturno está programado para registrar las cancelaciones.

En caso de que Medicaid, Medicare o un seguro privado lo cubra, debe asegurarse de traer su tarjeta de identificación a cada visita. Háganos saber si su compañía de seguros o la elegibilidad de su seguro cambia.

Traiga los registros de vacunación de los niños.

**Si toma medicamentos recetados por otro médico, traiga todos los frascos de medicamentos a su cita.**

El resurtido de medicamentos debe hacerse en la farmacia. La farmacia contará con 48 horas para completar la solicitud de resurtido. Cualquier solicitud de resurtido fuera de horario será enviada al centro de llamadas fuera de horario, transmitida al teléfono de guardia y tratada en consecuencia.

Infórmenos si su dirección, número de teléfono, empleo o situación familiar cambia.

## **Derechos y responsabilidades del paciente**

### **Confidencialidad**

Es política del Centro de Salud Familiar de Oklahoma del Sur tratar toda la información de manera confidencial. Esto incluye los expedientes y las conversaciones de los pacientes. Investigaremos cualquier denuncia de violación de esta política. Si tiene alguna pregunta, por favor pida información a cualquier representante de la recepción.

### **Cuestiones de atención**

El Centro de Salud Familiar de Oklahoma del Sur está comprometido con su participación en las decisiones de atención. Como cliente, tiene el derecho de hacer preguntas y recibir respuestas sobre el curso de la atención clínica recomendada por cualquiera de nuestros profesionales de la salud, incluyendo la suspensión de la atención. Le pedimos que siga las decisiones de atención médica que le den nuestros proveedores. Sin embargo, si tiene alguna duda o preocupación, o si tiene dudas sobre la atención indicada por nuestros profesionales de la salud, por favor pregunte.

### **Derechos del paciente**

El paciente tiene derecho a recibir información de los profesionales de la salud y a analizar los beneficios, riesgos y costos de las alternativas de tratamiento adecuadas. Los profesionales de la salud deben orientar a los pacientes sobre el curso de acción óptimo. Los pacientes también tienen derecho a recibir copias o resúmenes de sus expedientes médicos, a que se respondan sus preguntas, a que se les informe sobre los posibles conflictos de intereses que puedan tener sus profesionales de la salud y a recibir opiniones profesionales independientes.

El paciente tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica que le recomiende su profesional de la salud. En consecuencia, los pacientes pueden aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico recomendado. El paciente también tiene derecho a informar sobre cualquier queja que tenga mediante el llenado de un formulario de quejas del paciente que se puede obtener en la oficina de admisiones.

El paciente tiene derecho a la confidencialidad, cortesía, respeto, dignidad, receptividad y atención oportuna a sus necesidades sin importar su raza, religión, origen étnico o nacional, género, edad, orientación sexual o discapacidad. El profesional de la salud no debe revelar comunicaciones o información confidenciales sin el consentimiento del paciente, a menos que así lo disponga la ley o la necesidad de proteger el bienestar de la persona o el interés público.

El paciente tiene derecho a la continuidad de la atención médica. El profesional de la salud tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada con otros profesionales de la salud que traten al paciente. El profesional de la salud puede suspender la atención, siempre y cuando ofrezca al paciente asistencia y orientación razonables y la oportunidad suficiente para hacer otros arreglos.

### **Responsabilidades del paciente**

1. La buena comunicación es indispensable para el éxito de la relación entre el profesional de la salud y el paciente. En la medida de lo posible, los pacientes tienen la responsabilidad de ser sinceros y de expresar claramente sus preocupaciones al profesional de la salud.

2. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar una historia clínica completa, en la medida de lo posible, que incluya información sobre enfermedades pasadas, medicamentos, hospitalizaciones, antecedentes familiares de enfermedad y otros asuntos relacionados con su salud actual.
3. Los pacientes tienen la responsabilidad de solicitar información o aclaraciones sobre su estado de salud o tratamiento cuando no entienden del todo lo que se ha descrito.
4. Una vez que los pacientes y los profesionales de la salud se ponen de acuerdo sobre los objetivos de la terapia, los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar con el plan de tratamiento. El cumplimiento de las instrucciones del profesional de la salud suele ser esencial para la seguridad pública e individual. Los pacientes también tienen la responsabilidad de comunicar si siguen los tratamientos previamente acordados y de indicar cuándo desean reconsiderar el plan de tratamiento.
5. Además, los pacientes deben tener un interés activo en los efectos de su conducta sobre los demás y evitar conductas que pongan en peligro la salud de otras personas de manera irrazonable.

### **Responsabilidades financieras**

1. El Centro de Salud Familiar de Oklahoma del Sur se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes, y cobramos lo que es común y personalizado por los servicios prestados.
2. En el momento de su visita se requiere el pago de los servicios (copago del seguro, plan de escala móvil de honorarios, o pago completo). Se acepta efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito, giros postales o cheques de caja en todos nuestros centros.
3. Si tiene seguro médico, incluyendo Medicare y Medicaid, solicitaremos el reembolso de los servicios prestados. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de saber y entender cuáles son los servicios que están y no están cubiertos por su póliza. Si su compañía de seguros le niega el pago de alguna o todas las prestaciones por cualquier motivo, usted será responsable de pagar la cantidad rechazada de la visita. Usted está obligado a notificar al personal inmediatamente cuando la cobertura del seguro cambie.
4. Si no está asegurado o está subasegurado, puede calificar para un descuento. El Centro de Salud Familiar de Oklahoma del Sur ofrece una "escala móvil de honorarios" que calcula el descuento de la tarifa en base al número de personas en su hogar y a sus ingresos familiares. Si desea solicitar este descuento, se le pedirá que llene y firme un formulario de solicitud y que proporcione pruebas de ingresos (por ejemplo un formulario de impuestos reciente o los últimos comprobantes de pago). Basándonos en la información proporcionada, determinaremos la cantidad, si la hubiera, de su descuento. Se le pedirá que vuelva a calificar para nuestra "escala móvil de honorarios" por lo menos una vez al año.
5. El Centro de Salud Familiar de Oklahoma del Sur no es una clínica gratuita y debemos cobrarle a todos nuestros pacientes para poder seguir brindando servicios a nuestra comunidad. Sin embargo, reconocemos que en ocasiones nuestros pacientes requieren ayuda financiera. Existe un plan de pago extendido disponible para los pacientes que

califiquen. Si desea solicitar un plan de pago extendido, debe hablar con la oficina central o con el gerente de cobranza.

6. Si usted no cumple con las responsabilidades arriba mencionadas, el Centro de Salud Familiar de Oklahoma del Sur se reserva el derecho de reprogramar su visita, referirlo a otro consultorio, o retirarlo de nuestro consultorio.

# Centro de Salud Familiar de Oklahoma del Sur

Formulario 04: Aviso de Prácticas de Privacidad

## Centro de Salud Familiar de Oklahoma del Sur

Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

El Centro de Salud Familiar del Sur de Oklahoma ("FHCSO") se compromete a proteger su información médica. Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de su información médica;
- Entregarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Seguir los términos del aviso actualmente en vigor.

#### **¿Qué es este documento?**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la manera en que Podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica.

#### **¿Qué cubre este Aviso?**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad aplica para *toda* su información médica utilizada para tomar decisiones sobre su atención que *generamos o mantenemos*, incluyendo información sensible como salud mental, enfermedades transmisibles e información sobre el abuso de drogas y alcohol. Se pueden aplicar diferentes prácticas de privacidad a su información médica que es creada o mantenida por otras personas o entidades.

#### **¿A quién cubre este Aviso?**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad será seguido por todos los empleados de **FHCSO**; cualquier profesional de la salud que le proporcione tratamiento en los centros de FHCSO; y cualquier miembro de un grupo voluntario que proporcione servicios en los centros de FHCSO.

#### **¿Qué harán con mi información médica?**

Las siguientes categorías describen las formas en que podemos usar y divulgar la información médica. No se mencionarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Acusará recibo de este documento firmado el Acuerdo y Reconocimiento del Paciente adjunto.

Si le preocupa un posible uso o divulgación de cualquier parte de su información médica, puede solicitar una restricción. Su derecho a solicitar una restricción se describe en la sección relativa a los derechos del paciente que se encuentra a continuación.

**Tratamiento.** FHCSO practica la Atención Integrada, con un equipo de profesionales para tratar las necesidades de los pacientes. FHCSO puede utilizar su información para proporcionarle servicios y suministros médicos. También podemos divulgar su información a otras personas que necesiten esa información para su tratamiento, como médicos, asistentes médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y enfermería, técnicos, clínicos, terapeutas, profesionales de la salud del comportamiento, servicios de emergencia, proveedores de transporte médico y otras personas involucradas en su atención. Por ejemplo, permitiremos que su médico y otros profesionales de la salud tengan acceso a su expediente médico para ayudar en su tratamiento, para la coordinación de la atención, y para el seguimiento de la atención y la coordinación de la remisión. En un modelo de atención integral, utilizamos un enfoque de equipo

para la atención e involucramos a otros profesionales de la salud para su atención. Estas personas tendrán acceso a su expediente y lo documentarán en su expediente médico. Esto incluye a médicos, asistentes médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y enfermería, técnicos, clínicos, terapeutas, profesionales de la salud del comportamiento y otros profesionales de la salud. Cuando un profesional de la salud del comportamiento forma parte de su equipo de atención médica, opera en coordinación con su proveedor de atención primaria y documenta en su expediente médico. La información se comparte para proporcionar la mejor atención posible. Podemos hacer que su información médica esté disponible de forma electrónica a través de un intercambio electrónico de información de salud a otros proveedores de atención médica y planes de salud que soliciten su información para su tratamiento y propósitos de pago. También podemos utilizar y divulgar su información para ponernos en contacto con usted y recordarle una próxima cita, para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento, o para informarle sobre los servicios relacionados que están a su disposición. Si usted recibe atención en más de un centro de FHCSO, sus expedientes serán compartidos con todos los profesionales de la salud que participan en su atención o que son necesarios para consulta y coordinación.

Utilizaremos su información médica para proporcionarle tratamiento y servicios médicos.

*Ejemplo:* Su información médica puede ser divulgada a médicos,

enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal que participe en su atención.

Podemos *divulgar* su información médica para las actividades de tratamiento de cualquier otro profesional de la salud.

*Ejemplos:* (1) Podemos enviar una copia de su expediente médico a un médico que necesite proporcionarle atención posterior o adicional. (2) Podemos enviar una copia de sus instrucciones de atención médica a un hospital o casa de reposo en el que haya sido admitido o transferido para facilitar la coordinación de la atención.

**Pago.** Podemos usar su información médica para nuestras actividades de pago. Las actividades de pago más comunes incluyen, entre otras:

- Determinar la Elegibilidad o Cobertura bajo un plan; y
- Actividades de facturación y cobranza.

*Ejemplos:* (1) Su información médica puede ser divulgada a una compañía de seguros para obtener el pago de los servicios. (2) Podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Podemos divulgar su información médica a otro profesional de la salud o a una entidad cubierta para sus actividades de pago.

*Ejemplo:* Podemos enviar la información de la cobertura de su plan de salud a un laboratorio o centro de imágenes externo que necesite la información para facturar las pruebas que le haya realizado.

**Operaciones.** Podemos utilizar su información médica con fines operativos o administrativos. Estos usos son necesarios para el funcionamiento de nuestras instalaciones y para asegurarnos de que los pacientes reciben una atención de calidad. Las actividades operativas comunes incluyen, pero no se limitan a:

Family Health Center of Southern Oklahoma, Inc.

28 de abril de 2020

El formulario de HIPAA se encuentra en la Política de HIPAA

- Realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad;
- Revisar la competencia de los profesionales de la salud;
- Hacer arreglos para servicios legales o de auditoría;
- Planificación y desarrollo de negocios;
- Gestión empresarial y actividades administrativas; y
- Comunicarse con los pacientes sobre nuestros servicios.

*Ejemplos:* (1) Podemos usar su información médica para llevar a cabo auditorías internas con el fin de verificar que la facturación se realiza correctamente. (2) Podemos usar su información médica para contactarlo con el propósito de realizar encuestas de satisfacción del paciente o para dar seguimiento a los servicios que proporcionamos. (3) Podríamos utilizar una lista de pacientes para anunciar la llegada de un nuevo médico, la compra de un nuevo equipo o la adición de un nuevo servicio.

Podemos divulgar su información médica a otro profesional de la salud o a una entidad cubierta para sus actividades de operación bajo ciertas circunstancias.

*Ejemplo:* Podemos divulgar su información médica a su plan de salud para su análisis de revisión de uso.

**Socios comerciales.** Podemos divulgar su información médica a otras instituciones que nos prestan un servicio o en nuestro nombre que requiera la divulgación de información médica del paciente. Sin embargo, sólo divulgaremos estos datos si hemos recibido garantías satisfactorias de que la otra institución protegerá adecuadamente su información médica.

*Ejemplo:* Podemos contratar a otra institución para proporcionar servicios de transcripción o facturación.

**Alternativas de tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su información médica para comunicarle o recomendarle

posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

**Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos divulgar su información médica a un amigo, familiar o tutor legal que participe en su atención médica.

**Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios médicos.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Investigación.** Podemos usar y divulgar su información médica a los investigadores. En la mayoría de los casos, usted debe firmar un formulario separado que nos autorice específicamente a usar y/o divulgar su información médica para investigación. Sin embargo, hay ciertas excepciones. Su información médica puede ser divulgada sin su autorización para la investigación si el requisito de autorización ha sido renunciado o alterado por un comité especial que se encarga de asegurar que la divulgación no suponga un gran riesgo para su privacidad o que se tomen medidas para proteger su información médica. Su información médica también se puede divulgar a los investigadores para prepararse para la investigación, siempre que se cumplan ciertas condiciones. La información médica sobre las personas que han muerto puede ser divulgada sin autorización bajo ciertas circunstancias. Se puede divulgar información médica limitada a un investigador que haya firmado un acuerdo en el que se promete proteger la información divulgada.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donador de órganos, podemos divulgar

información médica a las organizaciones que manejan la procuración de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**Recaudación de fondos.** Podemos usar su información médica para contactarlo en el futuro con el fin de recaudar fondos para FHCSO. Podemos revelar información médica a una fundación relacionada con FHCSO para que ésta se comunique con usted para recaudar fondos en nuestro nombre. Sólo divulgaremos información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en FHCSO para fines de recaudación de fondos. Si no desea que nosotros, o una fundación relacionada, se ponga en contacto con usted para recaudar fondos, debe informar por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad por medio de correo postal o electrónico para dejar de recibir futuras comunicaciones de recaudación de fondos.

**¿Puede utilizar y divulgar mi información médica sin mi autorización?** Sí. Las siguientes categorías describen las formas en que se nos puede exigir que utilicemos y divulguemos su información médica sin su consentimiento. No se mencionarán todos los usos o divulgaciones en una categoría.

**Requerido por la ley.** Podemos divulgar su información médica cuando lo exija la ley federal, estatal o local.

**Ejemplos:** (1) Podemos divulgar su información médica para programas de compensación laboral o similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. (2) La ley nos exige que reportemos los casos de sospecha de abuso y negligencia. Estos informes pueden incluir su información médica.

**Seguridad pública.** Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación se realizaría sólo a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Salud pública.** Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública destinadas a:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar sobre nacimientos y muertes;
- Informar sobre abusos, negligencia o violencia según lo requerido por la ley;
- Informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando; o
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

**Ejemplo:** La ley de Oklahoma nos obliga a informar, entre otras cosas, sobre nacimientos, muertes, ciertos defectos de nacimiento, enfermedades transmisibles y otras condiciones y estadísticas de salud.

**Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).** Podemos revelar a la FDA y a los fabricantes información de salud relativa a los eventos adversos con respecto a los alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia post-comercialización para permitir la retirada, modificación o sustitución de productos.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son

necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. En circunstancias limitadas, podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación o solicitud de exhibición.

**Orden público.** Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario del orden público:

- En respuesta a una orden judicial, orden de arresto, citación u otro proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre una conducta criminal en el hospital; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

**Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podríamos divulgar información médica a un forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

**Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de protección para el Presidente y otros.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o bien para realizar investigaciones especiales.

**Militares/Veteranos.** Podemos divulgar su información médica según lo requerido por las autoridades de comando militar, si usted es un miembro de las fuerzas armadas.

**Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario o agencia de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al funcionario o agencia del orden público. Esta divulgación puede ser necesaria para: (1) permitir que la institución correccional le brinde atención médica; o (2) proteger la salud y la seguridad de usted y/o de otras personas

**¿Qué pasa si se quiere usar y/o divulgar mi información médica para un propósito no descrito en este aviso?**

Debemos obtener una autorización independiente y específica de su parte para usar y/o divulgar su información médica para cualquier propósito no cubierto por esta notificación o las leyes que nos aplican.

Estamos obligados a obtener su autorización para los siguientes usos y divulgaciones:

**Comercialización:** Debemos obtener autorización para utilizar y divulgar su información médica para la comercialización si ésta implica el pago financiero directo o indirecto por parte de un tercero.

**Venta de información médica:** Debemos obtener una autorización para cualquier divulgación de su información médica por la que recibamos un pago, a menos que la ley lo permita.

Si nos da autorización para usar o divulgar su información médica, puede revocar esta autorización,

por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones cubiertas por su autorización. Sin embargo, su revocación no se aplicará a las divulgaciones que ya hayamos hecho en base a su autorización.

**¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información médica?**

Usted tiene los derechos que se describen a continuación con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos, debe presentar una solicitud por escrito. Puede comunicarse con nuestro departamento de registros médicos para obtener un formulario que puede utilizar para ejercer cualquiera de los derechos que se mencionan a continuación.

**Derecho a inspeccionar y copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica utilizada para tomar decisiones sobre su atención. *Si desea una copia de su información médica, podemos cobrarle una tarifa de \$1.00 por la primera página y .50 centavos por cada página adicional.* En ciertas circunstancias podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su información médica. Si se le niega el acceso, puede solicitar que se revise la negativa. Un profesional de la salud con licencia, elegido por nosotros, revisará su solicitud y la negativa. La persona que lleve a cabo la revisión no será la persona que rechazó su solicitud original. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho de enmienda.** Si considera que la información médica que hemos creado es incorrecta o está incompleta, puede presentar una solicitud de enmienda durante todo el tiempo que mantengamos la información. *Debe proporcionar un motivo que apoye su solicitud de enmienda.*

Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye un motivo que la respalde. Además, podemos

rechazar su solicitud si pide que se enmiende información que:

- No creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para hacer la enmienda;
- No forma parte de la información médica que mantenemos;
- No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Es precisa y completa.

**Derecho a un informe de las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgación" gratuito cada 12 meses. Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de su información médica. Hay varias categorías de divulgaciones que no estamos obligados a incluir en el informe. Por ejemplo, no tenemos que llevar un registro de las divulgaciones que están autorizadas. *Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor a 6 años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.*

Si solicita más de un informe en un período de 12 meses, podemos cobrarle los gastos de proporcionar la lista. Le comunicaremos el costo y podrá elegir entre retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier gasto.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o revelamos sobre usted, a menos que nuestro uso y/o divulgación sea requerido por la ley. También tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo.

*No estamos obligados a acceder a su solicitud a menos que usted solicite una restricción a la divulgación de información a su plan de salud y esté dispuesto a pagar de su bolsillo el tratamiento médico proporcionado.* Si aceptamos otras restricciones solicitadas, cumpliremos con su

solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

En su solicitud debe indicar:

- El tipo de restricción que desea y la información que desea restringir; y
- A quién quiere que apliquen los límites, por ejemplo, su cónyuge.

### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una cierta manera o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo.

Nos ajustaremos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Las copias de este aviso siempre estarán disponibles en nuestro departamento de expedientes médicos.

### ***¿Puede cambiar este aviso?***

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Las copias del aviso vigente se publicarán en todas las instalaciones de FHCSO y estarán disponibles para que las recoja en cada visita a los centros de FHCSO.

### ***¿Qué pasa si tengo preguntas o necesito reportar un problema?***

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nosotros, o si desea obtener más

información sobre nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al (580) 371-2343 extensión 3354 o por correo electrónico a [privacy@fhcso.org](mailto:privacy@fhcso.org). La dirección postal del Oficial de Privacidad es: 610 E 24th St, Atn.: Oficial de Privacidad, Tishomingo, OK 73460. Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, debe hacerlo en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que supo o debería haber sabido acerca de la circunstancia que dio lugar a la queja. La queja debe ser presentada por escrito. La información sobre cómo presentar una queja se puede encontrar en el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles en: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/index.html> o nuestro Oficial de Privacidad puede proporcionarle la información de contacto actual.

***No se le penalizará por presentar una denuncia.***

## Poder de Atención Médica y Directivas Anticipadas

### Acerca del poder de atención médica

Este es un importante formulario legal. Si desea obtener este formulario, pídalo al Encargado de Admisiones. Antes de firmar este formulario, debe entender los siguientes hechos:

1. Este formulario otorga a la persona que usted elija como su representante la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica por usted, excepto en la medida en que usted diga lo contrario en este formulario "Atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su condición física o mental.
2. A menos que usted diga lo contrario, su representante podrá tomar todas las decisiones de atención médica por usted, incluidas las decisiones de retirar o suspender el tratamiento para prolongar la vida.
3. A menos que su representante conozca sus deseos sobre nutrición e hidratación artificial (suministro de alimento y agua por medio de una sonda de alimentación), no se le permitirá rechazar esas medidas en su nombre.
4. Su representante comenzará a tomar decisiones por usted cuando los médicos decidan que usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.

En este formulario puede escribir cualquier información sobre el tratamiento que no desee y/o los tratamientos que quiera asegurarse de recibir. Su representante debe seguir sus instrucciones (orales y escritas) cuando tome decisiones por usted.

Si quiere dejar instrucciones por escrito a su representante, hágalo en el formulario. Por ejemplo, podría decir:

1. *Si llego a ser un enfermo terminal, no quiero recibir los siguientes tratamientos...*
2. *Si estoy en coma o inconsciente, sin esperanza de recuperación, entonces quiero o no quiero...*
3. *Si tengo un daño cerebral o una enfermedad cerebral que me hace incapaz de reconocer a las personas o hablar y no hay esperanza de que mi condición mejore, quiero o no quiero...*
4. *He discutido con mi representante mis deseos sobre \_\_\_\_\_ y quiero que mi representante tome todas las decisiones sobre estas medidas.*

Entre los ejemplos de tratamientos médicos sobre los que puede dar instrucciones especiales a su representante se encuentran los siguientes. Esta no es una lista completa de los tratamientos sobre los que puede dejar instrucciones.

1. respiración artificial
2. nutrición e hidratación artificial (suministro de alimento y agua a través de una sonda de alimentación)
3. reanimación cardiopulmonar (RCP)
4. medicamentos antipsicóticos
5. terapia de choque eléctrico
6. antibióticos
7. psicocirugía

8. diálisis
9. trasplante
10. transfusiones de sangre
11. aborto
12. esterilización

Hable sobre la elección de un representante con su familia y amigos cercanos. Debe hablar sobre este formulario con un médico u otro profesional de la salud, como una enfermera o un trabajador social, antes de firmarlo para asegurarse de que entiende los tipos de decisiones que se pueden tomar para usted. También puede darle a su médico una copia firmada. No necesita un abogado para llenar este formulario.

Puede elegir a cualquier adulto (mayor de 18 años), incluyendo a un familiar o amigo cercano, para que sea su representante. Si elige a un médico como su representante, es posible que éste tenga que elegir entre actuar como su representante o como su médico tratante; un médico no puede hacer ambas cosas al mismo tiempo. Además, si usted es un paciente o residente de un hospital, asilo de ancianos o centro de higiene mental, existen restricciones específicas sobre el nombramiento de alguien que trabaje para ese centro como su representante. Debe pedir al personal del centro que le explique esas restricciones.

Deberá decirle a la persona que elija que será su representante de atención médica. Debe discutir sus deseos de atención médica y este formulario con su representante. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su representante no puede ser demandado por decisiones de atención médica tomadas de buena fe.

Incluso después de haber firmado este formulario, usted tiene el derecho de tomar decisiones de atención médica por su cuenta siempre y cuando pueda hacerlo, y no se le puede dar o detener el tratamiento si usted se opone. Puede cancelar el control dado a su representante comunicándolo a él o a su profesional de la salud, ya sea de forma oral o escrita.

## **Lo que debe saber sobre Directivas Anticipadas**

### **¿Qué son las Directivas Anticipadas?**

Las directivas anticipadas son documentos legales que le permiten dejar órdenes sobre su propia atención médica en caso de que alguna vez no pueda tomar sus propias decisiones. Las directivas anticipadas están diseñadas para ayudarle a ejercer su derecho a tomar sus propias decisiones médicas y de atención médica. Puede usar una directiva anticipada para rechazar un tratamiento, pero también puede solicitar que se usen todas las medidas razonables.

### **¿Cuál es la política del centro de salud con respecto a las directivas anticipadas?**

FHCSO respetará cualquier orden válida de no resucitar o poder de atención médica. No discriminaremos en su contra en base a si tiene o no una directiva anticipada.

Tenemos la obligación de informarle sobre su condición médica y aconsejarle sobre los posibles riesgos y beneficios de los tratamientos que podría recibir. Si queda inconsciente

o no puede ocuparse de sus propios asuntos, un representante de atención médica nombrado por usted tendrá derecho a toda la información necesaria para tomar decisiones médicas en su nombre.

Le proporcionaremos un formulario de poder de atención médica y la información sobre cómo llenarlo. Nuestro personal estará encantado de ayudarle. Por favor, pregunte a su médico o enfermera si tiene alguna duda. Por ejemplo, si necesita saber más sobre las diversas alternativas médicas antes de decidir sobre ellas, por favor pregunte. Si decide redactar directivas anticipadas, infórmenos para que podamos anotar sus deseos en su expediente médico.

### **¿Qué es un Poder de Atención Médica?**

Un apoderado es una persona que usted elige y nombra en un formulario de apoderado de atención médica como la persona que comunicará sus deseos a los profesionales de la salud. Su apoderado toma decisiones sólo cuando usted no puede hacerlo. Si elige un apoderado de atención médica, es muy importante que hable con la persona con anticipación y que le comunique sus valores y deseos. Un poder notarial duradero para decisiones de atención médica es otro término para seleccionar a una persona que represente sus intereses.

### **¿Es lo mismo nombrar un poder de atención médica que redactar un Testamento en Vida?**

No, un testamento en vida se puede usar para describir sus deseos específicos. A menudo se utiliza para declarar que no desea que se utilicen "medidas heroicas o extraordinarias" para prolongar su vida cuando tiene una enfermedad terminal. El testamento en vida sólo indica sus preferencias; no nombra a una persona para que actúe en su nombre.

### **Planeación anticipada de su tratamiento médico**

#### *Su derecho a decidir sobre el tratamiento*

Los adultos del estado de Oklahoma tienen derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico, incluyendo el tratamiento de soporte vital. Nuestra Constitución y las leyes estatales protegen este derecho. Esto significa que tiene el derecho de solicitar o consentir el tratamiento, de rechazar el tratamiento antes de que haya comenzado, y de que el tratamiento se detenga una vez que haya comenzado.

#### *Planeación anticipada*

A veces, debido a enfermedades o lesiones, las personas no pueden hablar con un médico y decidir por sí mismas sobre el tratamiento. Es posible que desee planificar con anticipación para asegurarse de que se cumplan sus deseos sobre el tratamiento si no puede tomar sus propias decisiones por un período corto o largo. Si no planifica con anticipación, es posible que no se permita a un familiar o a otras personas cercanas tomar decisiones por usted y cumplir sus deseos.

En el estado de Oklahoma, designar a alguien de confianza para que decida sobre el tratamiento en caso de que usted no pueda hacerlo por usted es la mejor manera de proteger sus deseos e inquietudes sobre el tratamiento. Usted tiene el derecho de designar a alguien llenando un formulario llamado Poder de Atención Médica. Puede obtener una copia del

formulario y la información sobre el poder de atención médica a través de su profesional de la salud. Si no tiene a nadie que pueda nombrar para que decida por usted, o no quiere nombrar a alguien, también puede dar instrucciones específicas sobre el tratamiento con anticipación. Esas instrucciones pueden ser escritas, y a menudo se les llama Testamento en Vida.

Debe entender que esas instrucciones generales sobre cómo rechazar el tratamiento, aunque estén escritas, pueden no ser efectivas. Sus instrucciones deben cubrir claramente las decisiones de tratamiento que se deben tomar. Por ejemplo, si usted sólo escribe que no quiere "medidas heroicas", las instrucciones pueden no ser lo suficientemente específicas. Debe decir el tipo de tratamiento que no desea, como un respirador o quimioterapia, y describir la condición médica en la que rechazaría el tratamiento, por ejemplo, cuando se trata de una enfermedad terminal o cuando está permanentemente inconsciente sin esperanza de recuperarse. También puede dar instrucciones verbalmente al discutir sus deseos de tratamiento con su médico, familiares u otras personas cercanas a usted.

Poner las cosas por escrito es más seguro que simplemente hablar con la gente, pero ninguno de los dos métodos es tan efectivo como designar a alguien para que decida por usted. A menudo es difícil para las personas saber de antemano lo que les sucederá o cuáles serán sus necesidades médicas en el futuro. Si elige a alguien para que tome decisiones por usted, esa persona puede hablar con su médico y tomar las decisiones que cree que usted hubiera querido o que son mejores para usted, cuando sea necesario. Si usted nombra a alguien y también deja instrucciones sobre el tratamiento en un Testamento en Vida, en el espacio provisto en el propio formulario de Poder de Atención Médica, o de alguna otra manera, la persona que usted seleccione puede usar estas instrucciones como guía para tomar la decisión correcta para usted.

#### *Decidir sobre la reanimación cardiopulmonar*

Su derecho a decidir sobre el tratamiento también incluye el derecho a decidir sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP). La RCP es un tratamiento de emergencia para reanimar el corazón y los pulmones cuando su respiración se detiene. A veces los médicos y los pacientes deciden con anticipación que no se debe realizar la RCP, y el médico da al personal médico una orden de no reanimación (orden DNR). Si su condición física o mental le impide decidir sobre la RCP, alguien que usted designe, sus familiares u otras personas cercanas a usted pueden hacerlo.