

Gracias por elegir nuestro consultorio.

Esperamos con anhelo brindarle una atención médica profesional en un ambiente amigable y acogedor. Para colaborar mejor con usted al prestarle cuidados médicos, hemos delineado las siguientes expectativas dirigidas a promover una relación ideal entre proveedor y paciente.



Prometemos:

- Tratar a los pacientes con respeto y dignidad.
- Conocer a las personas y el problema médico que presentan.
- Colaborar con nuestros pacientes a la hora de tomar decisiones médicas.
- Mantenernos involucrados, escuchar y explicar claramente las situaciones a nuestros pacientes para que el tiempo que pasen con nosotros supere sus expectativas.
- Hacer que cada paciente se sienta como si fuera nuestro único paciente.
- Hacer que los pacientes se sientan que estamos de su lado porque no es posible brindar una atención médica eficaz con puntos de vista opuestos.
- Atender las llamadas telefónicas con prontitud.
- Ser puntuales y respetar el tiempo de nuestros pacientes tanto como el nuestro.
- Agradecer a los pacientes por esperar cuando nos atrasamos.
- Respetar la privacidad de los pacientes.
- Ganarnos la lealtad del paciente con nuestra conducta.

Lo que necesitamos de usted:

- Tratar a los demás con cortesía, respeto y dignidad.
- Ser paciente y comprensivo.
- Informar a nuestro consultorio todo cambio pertinente en su información de contacto y estado médico, y en sus medicamentos, otros proveedores de atención médica, su seguro médico y empleo.
- Llegar a tiempo a las citas programadas.
- Llamar al consultorio en cuanto se entere de que no podrá acudir a una cita o que llegará tarde.
- Pagar por los servicios prestados.
- Seguir el plan de tratamiento acordado e informarle a su equipo de atención médica cualquier cambio que surja.
- Hacer preguntas si no entiende las instrucciones y los procedimientos.

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA TRATAMIENTO

1. **Autorización general** Doy mi autorización para permitir que los centros afiliados a Baylor Scott & White Health que se enumeran a continuación (“Centro”) me proporcionen el servicio médico, las evaluaciones, los diagnósticos, los tratamientos y la atención necesarios (colectivamente, la “atención”). Mi consentimiento incluye cualesquier exámenes, imágenes, análisis de laboratorio (incluidos, sin limitarse a ellos, análisis para determinar la existencia de infección por VIH, anticuerpos de VIH o infecciones por cualquier otro agente causante probable de SIDA), medicamentos, tratamiento médico u otros servicios que presten médicos, profesionales de práctica avanzada, asistentes técnicos, sus asociados y otros proveedores de atención médica, incluidos enfermeros y otro personal del Centro (denominados colectivamente “proveedores”), que sean aconsejables durante el transcurso de mi evaluación, diagnóstico, atención y tratamiento. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que la atención que se me proporcione dentro del Departamento de Emergencias se considerará un ingreso al Centro, aunque no sea ingresado como paciente internado. Este consentimiento tiene una naturaleza continua durante todo el transcurso de mi atención, a menos que yo lo revoque específicamente.

Baylor Scott & White All Saints Medical Center - Ft. Worth
Baylor Scott & White Ambulatory Endoscopy Center
Baylor Scott & White Continuing Care Hospital
Baylor Scott & White Heart and Vascular Hospital - Dallas
Baylor Scott & White Heart and Vascular Hospital - Ft. Worth
Baylor Scott & White Heart and Vascular Hospital - Waxahachie
Baylor Scott & White McLane Children's Medical Hospital
Baylor Scott & White Medical Center - Austin
Baylor Scott & White Medical Center - Brenham
Baylor Scott & White Medical Center - Buda
Baylor Scott & White Medical Center - Centennial

Baylor Scott & White Medical Center - College Station
Baylor Scott & White Medical Center - Grapevine
Baylor Scott & White Medical Center - Hillcrest
Baylor Scott & White Medical Center - Irving
Baylor Scott & White Medical Center - Lake Pointe
Baylor Scott & White Medical Center - Lakeway
Baylor Scott & White Medical Center - Marble Falls
Baylor Scott & White Medical Center - McKinney
Baylor Scott & White Medical Center - Plano
Baylor Scott & White Medical Center - Pflugerville
Baylor Scott & White Medical Center - Round Rock

Baylor Scott & White Medical Center - Taylor
Baylor Scott & White Medical Center - Temple
Baylor Scott & White Medical Center - Waxahachie
Baylor Scott & White The Heart Hospital - Denton
Baylor Scott & White The Heart Hospital - McKinney
Baylor Scott & White The Heart Hospital - Plano
Baylor University Medical Center
HealthTexas Provider Network
Hillcrest Family Health Center
Hillcrest Physician Services
Scott & White Clinic

2. **Telemedicina** Autorizo al Centro para que me proporcione la atención necesaria por medio de telemedicina, telesalud o comunicaciones electrónicas como video o comunicación virtual, con proveedores que se encuentren en centros diferentes (“proveedores fuera del centro”). Entiendo que podría cobrarse por cualquier gasto de bolsillo como copagos, deducibles o coaseguros, de conformidad con mis planes de salud o de seguro.
3. **Centro de enseñanza** Entiendo y estoy de acuerdo en que el Centro puede ser un centro de enseñanza, y que en mi atención pueden participar residentes, académicos y estudiantes de diversos programas de enseñanza. Puedo pedir información acerca de las afiliaciones específicas de cualquiera de mis proveedores. Autorizo a permitir que los residentes, académicos, estudiantes y otras personas autorizadas participen y observen la atención que se me proporcione, según lo determinen mis proveedores y de conformidad con las políticas del Centro.
4. **Contratista independiente** Entiendo y estoy de acuerdo en que el Centro podría tener uno o más acuerdos con proveedores que no sean sus empleados. Por medio del presente doy mi consentimiento para recibir atención de dichos proveedores y reconozco que, por ser contratistas independientes, el Centro no es responsable por la atención o falta de la misma que proporcionen estas personas. Entiendo que son los proveedores y no el Centro quienes toman todas las decisiones médicas de este tipo relacionadas con mi atención en dicho Centro. **También entiendo que podría recibir una factura aparte de estos proveedores.** Puedo solicitar una lista de los proveedores a quienes se les han otorgado privilegios como personal médico para ofrecer servicios en el Centro.
5. **Control de las decisiones** Entiendo y estoy de acuerdo en que tengo derecho a tomar decisiones acerca de mi atención, y en que mis proveedores y yo hablaremos y llegaremos a un acuerdo sobre la misma.
6. **Análisis después de exposiciones accidentales** En caso de exposición accidental de algún proveedor, empleado de atención médica u otra persona, doy mi consentimiento para el análisis de detección de enfermedades transmisibles.
7. **Requisitos de información al estado** Entiendo y estoy de acuerdo en que el Centro o el proveedor tiene la obligación legal de reportar ciertas enfermedades infecciosas como el VIH y la tuberculosis, al Departamento de Salud estatal o al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. Además, entiendo que de conformidad con la ley, el Centro tiene la obligación de reportar ciertas actividades, incluido el abuso o la negligencia.
8. **Propiedad personal** Entiendo y estoy de acuerdo en que soy responsable de mis pertenencias personales. Entiendo que mis familiares u otros representantes autorizados deberán hacerse cargo de cualquier objeto valioso u otros artículos personales. El Centro no se hace responsable de salvaguardar estos artículos. Si está disponible, entiendo que el Centro mantiene una caja fuerte o una zona segura para depositar pertenencias y objetos valiosos, y que puedo utilizarla de conformidad con sus políticas; sin embargo, el Centro no puede garantizar la seguridad de estos artículos.
9. **Aviso respecto a los médicos propietarios** Si estoy recibiendo atención en el Baylor Scott & White Heart and Vascular Hospital – Dallas/Fort Worth/Waxahachie, el Baylor Scott & White The Heart Hospital – Plano/Denton/McKinney, el Baylor Scott & White Ambulatory Endoscopy Center, o un departamento para pacientes externos de uno de estos centros, reconozco que estoy al tanto de que uno o más de los médicos que me dan tratamiento en dicho centro o en uno de sus departamentos para pacientes externos tienen un interés de propiedad ahí. Puedo solicitar una lista de los médicos propietarios.
10. **Responsabilidad económica** Entiendo y estoy de acuerdo en que, sin importar cualquier beneficio o dinero asignado, yo soy responsable de la totalidad de los cargos por los servicios prestados. También estoy de acuerdo en que todos los montos deberán pagarse cuando se solicite, y que serán pagaderos al Centro y a cualquier proveedor que me haya atendido. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo y gasto en que haya incurrido o en que vaya a incurrir. Entiendo que se me proporcionarán estados de cuenta detallados respecto a estos cargos por medio del sitio web MyBSWHealth y la aplicación móvil, y que también podré comunicarme con Servicio a Clientes llamando al 1-800-994-0371 o escribiendo a billingquestions@bswhealth.org para solicitar una copia en papel. **Entiendo que los proveedores independientes (que podrían incluir, por citar solo a algunos, anestesiólogos, radiólogos, patólogos, médicos de medicina de emergencia, profesionales de práctica avanzada y otros proveedores independientes de servicios de atención médica) que me proporcionan atención podrían ser considerados como fuera de la red en mi plan o seguro médico, aunque el Centro se considere dentro de la red.** Entiendo que mi seguro podría no cubrir algunos de los servicios que se me proporcionen. Soy responsable de entender y preguntar sobre la cobertura de mi seguro, y de seleccionar a mis proveedores y centros de atención médica. Entiendo que si deseo información adicional sobre los proveedores que pueden participar en la prestación de mi atención, puedo preguntarle a mi proveedor de tratamiento (que podría conocer a algunos de los especialistas o grupos participantes) o puedo solicitar una lista de grupos de médicos del centro llamando al siguiente número gratuito: (877) 810-0372. Esta lista se actualiza anualmente y está sujeta a cambios sin previo aviso. Solo mis aseguradoras pueden confirmar la naturaleza y el grado de mi cobertura, así como los centros y los proveedores que forman parte de la red. También entiendo y estoy de acuerdo en que, si mi cuenta se volviera morosa y fuera necesario enviarla a un abogado o agencia de cobranzas para su cobro o para presentar una demanda, deberé pagar todos los cargos razonables por honorarios legales y gastos de cobranza. Estoy de acuerdo en que, si esta cuenta produce un saldo con crédito, el monto del crédito se aplicará a cualquier cuenta pendiente, ya sea que esté al corriente o atrasada. Además, por el presente doy mi consentimiento para que se consulte al buró de crédito con cualquier fin permisible. Entiendo que puedo solicitarle información al Centro respecto a si tiene un contrato con mis planes o seguros médicos, y preguntar bajo qué circunstancias podría ser responsable del pago de los montos que no cubran mis planes o seguros médicos.



BSWH-49038SP (Rev. 10/23)

GENERAL CONSENT TO TREAT

Page 1 of 2

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA TRATAMIENTO

- 11. Medicare y Medicaid** Si tengo Medicare o Medicaid, reconozco que mis obligaciones financieras podrían estar limitadas de conformidad con la ley. Otras aseguradoras podrían limitar mis obligaciones por contrato, o de conformidad con directrices sobre los beneficios de las pólizas. Si no tengo cobertura de seguro, podría pedir ayuda para determinar mi elegibilidad.
- 12. Cargos del Departamento de Pacientes Externos** Entiendo y estoy de acuerdo en que si recibo atención en un departamento de pacientes externos, podría recibir dos facturas, una por servicios en el Centro (también conocida como la cuota del centro) y otra aparte por los servicios de los médicos u otros proveedores (también conocida como servicios profesionales).
- 13. Asignación de beneficios** Por el presente, de manera irrevocable, asigno, transfiero y traspaso al Centro y a cualquier proveedor que me proporcione atención, la totalidad de los beneficios, intereses y derechos (incluido, sin limitarse a ello, el derecho de obligar al pago y el derecho de apelar una determinación adversa de beneficios) a los que tenga derecho de conformidad con el plan de beneficios para empleados que patrocine mi empleador, todas las pólizas de seguros, beneficios, reembolso de cualquier tercero o atención médica prepagada por servicios prestados o por productos que reciba del Centro. A pesar de lo anterior, mi asignación de beneficios, intereses y derechos no tendrá validez si firmé un acuerdo con el Centro en el que asuma la responsabilidad de pagar los servicios prestados por los proveedores del mismo fuera de la red, y en el que retenga la responsabilidad de cobrarle a mi compañía de seguros.
- 14. Partes responsables** Al recibir cualquier tipo de atención del Centro y de cualquier proveedor, asigno mis derechos de recuperación de cualquier Parte Responsable a dicho Centro y proveedor que me haya prestado atención. Entiendo que no podré asignar, renunciar, comprometer ni acordar ningún derecho ni causa de acción que pudiera tener en contra de cualquier Parte Responsable, persona o entidad que haya causado lesiones o enfermedades tratadas por un proveedor del Centro, sin el conocimiento expreso previo y por escrito del Centro. Este derecho es independiente, separado y aparte de cualquier otro derecho adquirido por el Centro. También accedo a reembolsar primero al Centro por los servicios prestados al obtener cualquier laudo contra una Parte Responsable. Reconozco que en el caso de cualquier tipo de ayuda económica, descuento a paciente sin seguro o cualquier otro descuento que otorgue el Centro para cubrir beneficios médicos por enfermedades o lesiones causadas por un acto u omisión de una Parte Responsable, el Centro se reserva el derecho de reconsiderar y revertir dicha ayuda económica, descuento a paciente sin seguro o cualquier otro descuento. La ayuda económica, el descuento a paciente sin seguro y cualquier otro descuento o ajuste se consideran acciones de último recurso. Por lo tanto, el centro se reserva el derecho de retirar o revertir cualquier ajuste o descuento de este tipo que se haya hecho en cualquier cuenta en cualquier momento.
Para fines de este documento, la Parte Responsable incluye a cualquiera de los siguientes: un causante individual, la compañía de seguros de un causante, cualquier cobertura de seguro automotriz para no asegurado o con seguro insuficiente que ofrezca beneficios a un paciente, cobertura de seguros sin culpa, cualquier laudo, acuerdo o beneficio pagado de conformidad con cualquier ley, reclamación o laudo de compensación para trabajadores, cualquier acuerdo o contrato de indemnización o cualquier otro pago para un paciente como compensación por lesiones o enfermedades sufridas como resultado de la negligencia o responsabilidad legal de cualquier individuo o entidad.
- 15. Diseminación de información** Entiendo y estoy de acuerdo en que el Centro podrá diseminar mi información médica con fines de pago y con cualquier otro fin que permita la ley. Además, el Centro podría diseminar mi información a otros proveedores para continuar con mi atención. También autorizo la diseminación de información médica a servicios de trasplante de órganos, si yo fuera identificado como un posible donador. Estoy de acuerdo en que cualquier muestra que sobre después de ser enviada al laboratorio se podría utilizar para educación médica, validación e investigaciones autorizadas.
- 16. Comunicación** Autorizo al Centro y a los proveedores, junto con cualquier servicio de facturación y agencia de cobranzas o abogados que puedan trabajar en su nombre, a que se comuniquen conmigo en mi teléfono celular o en el teléfono de mi casa utilizando mensajes pregrabados, mensajes digitales de voz, dispositivos para marcación telefónica automática u otras tecnologías asistidas por computadora, o por medio de correo electrónico, mensajes de texto o cualquier otra forma de comunicación electrónica.
- 17. Retención de expedientes** Entiendo y estoy de acuerdo en que el Centro retendrá mis expedientes médicos durante el período de retención requerido. Reconozco que el Centro podría autorizar la disposición de los expedientes médicos al final de este período de retención.
- 18. Aviso de prácticas de privacidad** Reconozco que recibí una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" del Centro. Reconozco que puedo obtener una copia adicional del "Aviso de prácticas de privacidad" en el sitio web del Centro.
- 19. Derechos de los pacientes y directivas avanzadas** Reconozco que recibí información acerca de mi derecho de aceptar o rehusar la atención. Tengo derecho de hacer una directiva avanzada o testamento en vida. No estoy obligado a tener una directiva avanzada para recibir atención. Si le doy al Centro una directiva avanzada, mi proveedor la seguirá hasta donde lo permita la ley.
- 20. Representante del paciente** Reconozco que tengo derecho de nombrar a un representante que tomará decisiones en mi nombre, en caso de que yo no pueda hacerlo. Puedo designar a un representante por escrito o expresándolo oralmente ante mi proveedor. Mi representante participará en mi plan de atención, a menos que yo retire expresamente esta designación, ya sea por escrito o expresándolo oralmente ante mi proveedor.
- 21. Fotografía** Doy mi consentimiento para la toma de videos, fotografías y otras grabaciones de mi persona o de partes de mi cuerpo relacionadas con mi atención para fines educativos, de control de calidad interno, para mejora del desempeño u otros usos relacionados. Entiendo que para estos fines enumerados, tengo derecho de solicitar el cese de la grabación o filmación. También entiendo que para esos fines tengo derecho de rescindir mi consentimiento para el uso de grabaciones videocintas o fotografías hasta un período razonable antes de que se utilice la grabación o película. Entiendo que la grabación o película es propiedad del Centro.
- 22. Garantía** Entiendo y estoy de acuerdo en que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se han hecho garantías acerca de los resultados de la atención que el Centro o los proveedores me proporcionen.
- 23. Leyes aplicables** Entiendo y estoy de acuerdo en que toda la atención prestada estará regida por las leyes; en caso de una disputa, cualquier acción pertinente solo se presentará ante un tribunal en el condado o distrito donde se proporcionó la totalidad o una parte sustancial de la atención.

| | | | |
|--|--------------|-------------|-----------------------------------|
| | / | / | : |
| Paciente o representante legalmente autorizado / adulto responsable | Fecha | Hora | Parentesco con el paciente |

BSWH USE ONLY

Patient Unable to Sign

BSWH Witness Attestation Confirming Patient's Inability to Sign _____ / _____ : _____
Date and Time
(Refer to Facility Informed Consent Policy for Legally Authorized Representative.)



**PERMISO PARA COMUNICACIONES VERBALES
DE BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Número(s) de teléfono _____

Dirección completa (ciudad, estado y código postal) _____

Permito que Baylor Scott & White Health hable sobre mi información médica personal, en persona o por teléfono, con las siguientes personas involucradas en mis cuidados médicos para los siguientes fines:

- Para programar o confirmar oralmente mis citas;
- Para hablar sobre mi atención médica, incluso acerca de los resultados de pruebas de diagnóstico, diagnósticos, pronósticos y planes de tratamiento que pueden incluir informes de salud mental, notas de psicoterapia, resultados de pruebas de SIDA/VIH, informes de tratamiento por abuso de sustancias, informes de bancos de sangre o información genética; o bien
- Para hablar sobre facturación o los pagos por servicios médicos.

Entiendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica o empleados de Baylor Scott & White Health. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que una vez que se revele esta información a la(s) persona(s) designada(s), dichas personas la podrán volver a divulgar y es posible que ya no cuente con las protecciones conferidas por las leyes de privacidad estatales o federales.

| Nombre | Relación | Número de teléfono |
|----------|----------|--------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |

Entiendo además que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración escrita de revocación a: Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31st Street, MS-AR-300, Temple, Texas 76508. Este documento de Permiso para comunicaciones verbales es válido hasta que lo revoque el paciente o el representante del paciente.

Este documento no permite la publicación de información escrita a estos individuos. Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no tendrá ningún efecto negativo sobre la atención médica que reciba en Baylor Scott & White Health.

Firma del paciente o representante legal (no se permiten firmas electrónicas) _____ Fecha _____

Nombre del paciente o representante en letra de imprenta _____ Relación con el paciente _____

Autoridad del representante para actuar por el paciente
(incluya la documentación de apoyo)

Scan doc type: Consent-Verbal Communication

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH



BSWH-59385SP (Rev. 12/22)

PERMISSION FOR VERBAL COMMUNICATION

GUÍA PARA LA ATENCIÓN, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Información importante sobre cuestiones médicas y éticas

Nuestro objetivo mientras sea paciente es ayudarle a obtener el mejor resultado posible. Para que esto suceda, usted, su familia y su equipo de atención médica deben trabajar juntos y comunicarse con claridad. Esta guía se le proporciona para ayudarle a entender la forma en que usted y su familia pueden colaborar con su equipo de atención médica para alcanzar el objetivo de lograr el mejor resultado posible, así como para ayudarle a entender sus derechos y responsabilidades. Sabemos que los centros de atención médica pueden ser lugares confusos. Es posible que varios miembros del equipo de atención médica lo visiten cuando su familia no esté cerca. Los médicos y el personal de enfermería podrían usar palabras que no entienda. Es posible que tenga preguntas sobre las reglas del centro o sus derechos como paciente. Podría estar muy enfermo y quizás sea necesario tomar decisiones difíciles sobre su tratamiento. Tomar esas decisiones puede ser difícil y las emociones pueden ser fuertes. Esperamos que la información de esta guía le tranquilice, le haga sentirse cómodo al comunicarse con su equipo de atención médica sobre su tratamiento o cualquier otro asunto, y mejore la experiencia tanto suya como de su familia.

Los derechos y las responsabilidades que se reconocen en Baylor Scott & White Health ("BSWH") son los siguientes:

- BSWH se compromete a respetar los derechos de sus pacientes y de sus sustitutos en la toma de decisiones, de los representantes designados, de las personas de apoyo y de las familias de acuerdo con las normas éticas, las leyes federales y estatales, y las normas de acreditación de las instituciones. Junto con esos derechos, los pacientes también tienen ciertas responsabilidades.
- A los pacientes se les informa de sus derechos y responsabilidades. Se ofrece asistencia en materia de comunicación a los pacientes mediante los servicios de traductores o intérpretes, a fin de que reciban la información de manera que la entiendan.
- Los pacientes tienen derecho a que un familiar, un sustituto que tome las decisiones, una persona de apoyo o un representante designado, además de su médico, reciban notificación inmediata de su admisión en un centro de BSWH.
- BSWH colaborará con los pacientes y sus sustitutos en la toma de decisiones para promover la salud y el bienestar de dichos pacientes al recomendar tratamientos basados en la ciencia médica y el criterio de los profesionales médicos.
- Trataremos a todas las personas con dignidad, compasión y respeto por sus valores personales, incluidas sus creencias espirituales.
- No se discriminará a los pacientes por ningún motivo.
- Los pacientes tienen derecho a recibir información en el idioma y la forma necesarios para que puedan comprender y aceptar o rechazar el tratamiento recomendado. Si los pacientes no pueden recibir esta información, se le dará a su sustituto en la toma de decisiones.
- Los pacientes tienen derecho a formular directivas anticipadas como testamentos en vida, y respetaremos esas directivas dentro de la ley y las políticas del centro.
- Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre nuestras políticas de directivas anticipadas y sobre el inicio, mantenimiento o retiro de los tratamientos para mantener la vida. Además, los pacientes tienen derecho a recibir información sobre la reanimación cardiopulmonar ("RCP") y sobre nuestras políticas acerca de las órdenes para aplicar ciertas intervenciones (Code Status Orders). Estas incluyen las órdenes para aplicar desfibrilación, compresiones torácicas e intubación (Full Code), las órdenes para no intentar la resucitación (Do Not Attempt Resuscitation "DNAR") y las órdenes en las que al paciente se le dará el tratamiento indicado, con excepción de las terapias que se especifiquen (Limited Code).
- Los pacientes pueden solicitar, o hacer que su sustituto en la toma de decisiones, representante designado, persona de apoyo o médico solicite en su nombre, que se realice una evaluación de la planificación del alta y que esa información se entregue al paciente, al sustituto en la toma de decisiones, al representante designado, a la persona de apoyo y al médico. Cuando corresponde, se ofrece a los pacientes ambulatorios una evaluación de planificación del alta.
- Los pacientes tienen derecho de aceptar o rechazar las visitas que elijan, excepto cuando dichas visitas puedan interferir con su tratamiento médico o el de los demás.
- Los pacientes tienen derecho a la privacidad, según lo establecido en las leyes y los reglamentos.
- Los pacientes tienen derecho a una copia de su expediente médico, de conformidad con las leyes y las políticas del centro.
- Los pacientes tienen derecho a aceptar o rechazar su participación en investigaciones, y a que los estudiantes y los residentes participen en su atención.

Limitación de derechos:

- Los pacientes no tienen derecho a análisis o tratamientos que no estén disponibles en nuestro centro.
- Los pacientes no tienen derecho a pruebas o tratamientos que, a juicio de los médicos tratantes, sean médicamente inapropiados para su estado.

Los pacientes tienen las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar un historial médico completo y honesto.
- Cooperar con todos los exámenes, pruebas y tratamientos necesarios que se recomienden. Si un paciente no está dispuesto a hacerlo, lo consideraremos responsable de las consecuencias y deberá buscar tratamiento en otro lugar.

- Mostrar respeto en todo momento a nuestro personal, a otros pacientes y a los visitantes.
- Pagar la parte del tratamiento médico que no esté cubierta por su seguro, o informarnos de la necesidad de recibir asistencia económica.
- Hablar y hacer preguntas si él mismo o el responsable de la toma de decisiones no entiende o se siente insatisfecho con el tratamiento y la atención que le proporcionemos, o si él o el responsable de la toma de decisiones siente que no está seguro mientras se encuentre bajo nuestra atención.

El tutor del paciente, el familiar más cercano, el sustituto que toma las decisiones, la persona de apoyo o el representante designado podrá ejercer, en la medida en que lo permitan las leyes, los derechos definidos en nombre del paciente, y asumir las responsabilidades de este, si el paciente:

- Ha sido declarado incompetente de conformidad con las leyes;
- Si su médico determina que no cuenta con capacidad para la toma de decisiones o que es mentalmente incapaz de comprender el tratamiento o procedimiento propuesto;
- No puede comunicar sus deseos con respecto al tratamiento; o
- Es menor de edad.

¿Quién forma parte de mi equipo de atención médica?

En esta guía, con frecuencia hacemos referencia a su equipo de atención médica. El equipo de atención médica puede estar compuesto por cualquier cantidad de personas, dependiendo de muchos factores. Cada miembro del equipo aporta su experiencia especial. Estas personas se identificarán a sí mismas, su situación profesional, si corresponde, su relación con los demás miembros del equipo y el papel que desempeñan en su tratamiento y atención.

Objetivos y tipos de tratamiento

El objetivo más elemental de la medicina es solucionar o curar su problema de salud. Si no es posible una cura completa, el objetivo del equipo de atención médica es tratar de frenar el problema o hacer que desaparezca por un tiempo (remisión). Quizás el objetivo más importante es proporcionarle confort y aliviar su sufrimiento en todo momento. Recibirá un tratamiento médicamente apropiado para alcanzar estos objetivos, y esperamos que se sienta bien.

La comunicación con su equipo de atención médica

La buena comunicación es esencial para todos los aspectos del tratamiento médico. Es importante cuando las cosas van bien, pero podría ser incluso más importante cuando las cosas no van bien y el resultado que usted y su familia esperaban no se está logrando. De cualquier manera, es vital que usted, su familia y su equipo de atención médica se comuniquen claramente. Debe sentirse en libertad de hablar de cualquier tema relacionado con su atención y tratamiento con los miembros de su equipo de atención médica. Por ejemplo, es posible que quiera hablar de:

- Su diagnóstico
- Objetivos de su tratamiento
- Los tipos de tratamiento apropiados para alcanzar esos objetivos
- Los beneficios, las responsabilidades y los riesgos del tratamiento, así como la probabilidad de éxito. Es importante que hable de sus objetivos y de los tipos de tratamiento con sus médicos, enfermeras y su familia mientras pueda hablar por sí mismo. ¿Cómo desea que lo traten si tiene un accidente o una enfermedad, y se enferma tanto que no puede hablar por sí mismo? ¿Quién debe hablar por usted y qué debe decir?
- La importancia de la planificación anticipada de la atención

El proceso de pensar en quién debe hablar por usted si ya no puede hablar por sí mismo, y de considerar los objetivos y la intensidad de su tratamiento, se denomina planificación anticipada de la atención. Al pensar en quién debe hablar en su nombre, considere qué tan confiable es esa persona y qué tan disponible estará. Piense en lo que le gustaría que dijera en su nombre. Esto es fácil si no puede hablar por sí mismo solo de manera temporal, y se espera que se recupere. ¿Pero qué pasa si se enferma

GUÍA PARA LA ATENCIÓN, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

tanto que ya no puede comunicarse, y la cura ya no es posible? Si toma estas decisiones por adelantado, evitará que su familia y sus seres queridos tengan que tomar estas decisiones por usted. Es recomendable que piense en estas preguntas:

- ¿Qué cargas físicas, mentales o económicas estaría dispuesto a aceptar para permanecer vivo más tiempo (o para postergar la muerte) en esas circunstancias?
- ¿Qué calidad de vida le gustaría tener para que valiera la pena permanecer en un respirador o en diálisis?
- ¿Estaría dispuesto a vivir confinado a una cama en un asilo, sin poder cuidarse a sí mismo?
- ¿Qué tan importante es para usted el control del dolor, no solo físico, sino también mental y espiritual?
- ¿Qué pasaría si quedara permanentemente inconsciente y no pudiera sentir dolor, hambre, sed, felicidad, amor o alegría, pero pudiera mantenerse vivo con un tubo en el estómago para proporcionar nutrición e hidratación artificial?

Estas son preguntas difíciles, y a menudo las respuestas son profundamente personales. Independientemente de sus respuestas, la mejor manera de comunicárselas es completando una directiva anticipada, como un testamento en vida o un poder médico.

Se ha demostrado claramente que las directivas anticipadas mejoran la atención de los pacientes en el marco de las enfermedades graves y reducen el estrés de la familia. Si no tiene una directiva anticipada en el momento de la admisión, esperamos que la complete. Nunca es demasiado tarde para hacerlo, y se puede colocar una copia en su expediente médico. No está obligado a completar una directiva anticipada. Independientemente de que elija o no completar una directiva anticipada, su atención, el tratamiento y los servicios que reciba no se verán afectados, ni su decisión dará lugar a ninguna discriminación contra usted. Para ayudarle a hacer frente a las preguntas que pueda tener sobre las directivas anticipadas y para completar una, puede solicitar los siguientes recursos adicionales al personal de enfermería o trabajo social, al capellán o al médico, o puede acceder a los recursos para directivas anticipadas en BSWHealth.com

Si completo una directiva anticipada, ¿puedo cambiar de opinión?

Si, puede cancelar o revocar cualquier directiva anticipada simplemente con destruir el documento, firmar y fechar una declaración por escrito en la que exprese su deseo de cancelarla, o informar a su médico o enfermero. También puede revisar y modificar su directiva anticipada. Si decide cambiar una directiva anticipada, debe completar una nueva.

¿Dónde más puedo obtener ayuda?

Si lo internan en el centro, contará con trabajadores sociales, enfermeros y capellanes especialmente capacitados que podrán ayudarle con sus inquietudes sobre la planificación anticipada de la atención. También es posible que tenga preocupaciones éticas mientras considera cuestiones que podrían ser serias. Todos los centros de Baylor Scott & White tienen acceso a comités y a consultores de ética que pueden ofrecer asesoría y ayudar a resolver los problemas éticos que puedan surgir. Estos servicios son gratuitos. Usted, su familia o el experto en decisiones médicas, su médico o cualquier miembro de su equipo de atención médica pueden solicitar la asesoría del comité de ética del centro de Baylor Scott & White. Para obtener más información, su médico, enfermero, trabajador social o capellán puede ayudarle a comunicarse con el comité de ética de su centro, o puede llamar a uno de los números de teléfono que figuran al final de este folleto. También puede consultar a su abogado personal o familiar si tiene preguntas sobre la planificación anticipada de la atención.

¿Qué pasa si hay desacuerdo sobre cuestiones éticas?

En raras ocasiones podría haber desacuerdos éticos entre usted, su familia o los proveedores de atención médica. Creemos que una buena comunicación puede evitar la mayoría de los desacuerdos éticos. También es importante recordar lo siguiente:

- Haremos todos los esfuerzos razonables por respetar sus preferencias de tratamiento dentro de la misión, filosofía y capacidad del centro, así como de las normas aceptadas de la práctica médica. Esto incluye las expresadas por medio de una directiva anticipada o por otras personas en su nombre, si usted carece de una directiva anticipada y no puede tomar decisiones.
- Respetamos su derecho a rechazar los tratamientos ofrecidos.
- No reconocemos un derecho ilimitado a recibir tratamientos que sean médicamente inapropiados.
- Las leyes de Texas, específicamente el Capítulo 166 del Código de Salud y Seguridad de Texas, establecen un proceso para resolver los desacuerdos éticos entre usted, su familia o los proveedores de atención médica en los raros casos en que no se resuelven mediante una mayor comunicación. Este proceso depende de

los consultores y los comités de ética disponibles en cada centro para ayudar según sea necesario.

En algún momento, es posible que se le pida que tome decisiones difíciles sobre el tratamiento cuando la cura de su enfermedad ya no sea posible, y las emociones podrían ser intensas. Le proporcionamos esta información con la esperanza de ayudarle a comprender mejor sus derechos y responsabilidades, así como las cuestiones éticas relacionadas con su estancia en el centro. Esperamos que una mayor comprensión permita mejorar la comunicación y el tratamiento, así como reducir el estrés de todos.

Quejas

Agradecemos sus comentarios en todo momento, tanto positivos como negativos. Si tiene alguna queja, esperamos que haga lo siguiente:

- Primero, que le reporte su queja al administrador clínico de la unidad o del centro en cuestión. El personal de enfermería a cargo de su atención le ayudará a identificar al administrador clínico.
- Investigaremos su queja a través de nuestro proceso formal de quejas, y le daremos una respuesta. Aunque le recomendamos que nos comunique directamente sus preocupaciones, siempre tiene el derecho de presentar cualquier queja al Departamento de Servicios de Salud de Texas o a la Comisión Conjunta por correo electrónico, fax, carta o teléfono, a los números y direcciones de contacto que se indican a continuación.

Información sobre el proceso de reclamaciones

Investigaremos su queja a través de nuestro proceso formal de quejas, y le daremos una respuesta.

Quejas de los pacientes sobre privacidad o confidencialidad: (866) 245-0815

Dudas sobre facturación: (800) 994-0371

Relaciones con los pacientes: (866) 218-6969

Aunque le recomendamos que nos comunique sus preocupaciones directamente, siempre tiene el derecho de presentar cualquier queja al Departamento de Servicios de Salud de Texas por correo electrónico, fax, carta o teléfono, a los números y direcciones de contacto que se indican a continuación.

Beneficiarios de Medicare

Texas Department of State Health Services

Attn: Customer Service Coordinator

PO Box 149347, MC – 1913

Austin, TX 78714-9347

Correo electrónico:

customer.service@dshs.texas.gov

Teléfono: 1-888-963-7111

The Joint Commission

Office of Quality and Patient Safety

One Renaissance Blvd.

Oakbrook Terrace, IL. 60181

www.jointcommission.org

Teléfono: 1-800-994-6610

Fax: 630-792-5636

Los beneficiarios de Medicare tienen derecho a presentar quejas sobre la calidad de la atención, su desacuerdo con una decisión de cobertura o su deseo de apelar una alta prematura ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, "QIO") para los beneficiarios de Medicare de Texas, en el número de contacto y la dirección que figuran a continuación.

KEPRO

Rock Run Center

5700 Lombardo Center, Suite 100 Seven Hills, OH 44131

(888) 315-0636

Fax (844) 878-7921

KEPRO.Communications@hcqis.org

Derecho de los pacientes de HMO a presentar quejas:

Puede enviar una queja a su HMO si no está satisfecho con las operaciones, procedimientos o servicios de atención médica que recibió de los médicos de dicha HMO. Las HMO deben cumplir con los plazos requeridos para resolver su queja y deben darle una respuesta por escrito. Si no está satisfecho con la decisión de la HMO, puede apelar ante el panel de apelaciones de dicha HMO. Los miembros del panel de apelaciones no pueden ser las mismas personas que revisaron o dictaminaron en su queja. Llame o escriba a su HMO para obtener más información sobre el proceso de quejas y apelaciones de la misma. También puede comunicarse con el departamento de seguros de Texas para obtener más información sobre sus derechos, y sobre los requisitos de las HMO, en la siguiente dirección y números de teléfono:

Departamento de seguros de Texas

Línea de ayuda para quejas contra HMO 1-800-252-3439

En Austin, llame al 512-463-6515. Servicio en español

Su información.
Sus derechos.
Nuestras
responsabilidades.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Baylor Scott & White Health (“BSWH”) y de los miembros de su Entidad cubierta afiliada (“BSWH ACE”, por sus siglas en inglés), además de cómo podríamos usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a su información médica. Una Entidad cubierta afiliada (o “ACE”) es un grupo de entidades cubiertas, proveedores de atención médica y planes de salud, bajo control o posesión común, que se consideran a sí mismos como una sola entidad para fines de cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (“HIPAA”).

Los miembros de la BSWH ACE comparten información médica protegida entre sí para fines de tratamiento, pagos y trámites de atención médica de la BSWH ACE, como lo permite la ley HIPAA y este Aviso. Visite nuestro sitio web en [BSWHealth.com/PrivacyMatters](https://www.BSWHealth.com/PrivacyMatters) para ver una lista actualizada de miembros de BSWH ACE. Esta lista también está disponible a petición ya sea en nuestras instalaciones como por medio de nuestro número sin cargo 1.866.218.6920.

Sus derechos

Quando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico

- Usted puede pedirnos ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información médica que tenemos. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica de acuerdo con los requisitos estatales y federales pertinentes. Podríamos cobrar un cargo razonable basado en el costo.
- Usted puede revocar una autorización otorgada para usar o divulgar su información médica, salvo en la medida en que ya hemos tomado alguna acción sobre la base de esa autorización. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**

Pedirnos que corriamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corriamos la información médica suya que crea que no sea correcta o esté incompleta. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Aunque podremos denegar su solicitud, le indicaremos el motivo de la denegación por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono celular, de la casa o de la oficina) o enviarle correo a una dirección diferente. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o divulgamos

- Usted puede pedirnos que **no** usemos ni divulguemos cierta información médica para fines de tratamiento, pagos o nuestras operaciones. No tenemos que aceptar su petición. Por ejemplo, podríamos denegarlo si se pudiera ver afectada su atención médica. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Si usted paga por un servicio o atención médica en su totalidad de su propio bolsillo, puede pedirnos que no divulguemos información para fines de pagos o de nuestras operaciones a su aseguradora. Aceptaremos esta solicitud salvo si la ley nos exige divulgar esa información.

Obtener una lista de aquellos a quienes hemos divulgado información

- Usted puede pedirnos una lista (recuento) de las veces que hemos divulgado su información médica en los seis años previos a la fecha de su solicitud, a quién se la hemos divulgado y por qué. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo aquellas que traten sobre tratamiento, pagos y trámites de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (por ejemplo, las que usted nos haya pedido hacer). Proporcionaremos un recuento al año gratuitamente, pero cobraremos un cargo razonable basado en el costo si nos pide otro dentro de un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este Aviso de privacidad

- Puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibirlo electrónicamente.
- También puede ver una copia de este Aviso en nuestros **sitios web**.

Seleccionar a alguien para que actúe por usted

- Si le ha otorgado a alguien un poder legal para la atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar alguna acción.

Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad se han violado

- Puede presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad se han violado, comunicándose con nosotros por medio de la Oficina de Cumplimiento de HIPAA (en inglés, Office of HIPAA Compliance) con la información de contacto a continuación.
- También puede presentar una queja enviando una carta al Departamento de Salud y Servicios Humanos a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o bien, llamar al 1.877.696.6775 o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH



BSWH-46000SP (Rev. 01/23)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Page 1 of 3

Hospital o clínica

Para obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico, comuníquese con el departamento de **Health Information Management** en el **hospital** o la clínica ambulatoria directamente donde recibió atención médica.

Si tiene preguntas u otras quejas, también puede comunicarse con la **clínica ambulatoria** directamente o el departamento **Patient Relations Department** en el **hospital** donde recibió atención médica llamando al número sin cargo **1.866.218. 6919**.

Oficina de Cumplimiento de HIPAA

Si tiene alguna solicitud relacionada con una autorización, enmienda, comunicación confidencial, restricción, lista de aquellos a quienes hemos divulgado información, revocación de una autorización, optar por participar o no en el intercambio electrónico de información médica o presentar una queja, comuníquese con nosotros de la siguiente manera:

1.866.218.6920 (sin cargo), o **BSWHealth.com/PrivacyMatters** o BSWH Office of HIPAA Compliance
301 N. Washington Avenue, Dallas, TX 75246.

Plan de salud

Para obtener una copia electrónica o impresa de la información médica que tengamos sobre usted o si tiene preguntas u otras quejas relacionadas con la cobertura del plan de salud, comuníquese con la línea de defensa de consumidores (Customer Advocacy) de la siguiente manera:

1.800.321.7947 Scott and White Health Plan (“SWHP”) y comercializada también como Baylor Scott & White Health Plan y Baylor Scott & White Insurance Company; o bien **1.800.884.4901 FirstCare** o **1.855.897.4448 RightCare** o 1206 West Campus Drive, Temple, TX 76502, ATTN: Customer Advocacy.

Con respecto a cierta información médica, puede decirnos las opciones que desea acerca de lo que podremos divulgar.

Usted tiene derecho a pedirnos que:

- Divulguemos información a su familia, amistades allegadas u otras personas involucradas en sus cuidados
 - Divulguemos información en una situación de desastre
 - Incluyamos su información en un directorio del hospital
- Si no nos puede decir su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos proceder y divulgar su información si creemos que es por su propio bien. También podríamos divulgar su información cuando sea necesario para mitigar algún peligro grave e inminente para su salud o seguridad.**

Nunca divulgaremos su información a menos que usted nos dé un permiso por escrito para hacerlo:

- Para fines de mercadeo
- Para vender su información, ya que esta actividad está definida en virtud de HIPAA
- En la mayoría de los casos para divulgar las notas de psicoterapia

Recaudación de fondos:

- Podríamos comunicarnos con usted sobre actividades de recaudación de fondos, pero usted nos puede pedir que no lo hagamos.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o divulgamos generalmente su información médica? Por lo general usamos o divulgamos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento

- Podemos usar su información médica y divulgarla a otros profesionales que le estén dando tratamiento y para recomendar tratamientos alternativos, coordinar la atención médica y sobre lugares alternativos de atención médica.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información médica para administrar nuestra organización y mejorar los cuidados de los pacientes/miembros.
Por ejemplo: Podemos usar y divulgar su información médica para apoyar programas y actividades dirigidos a mejorar la calidad de los servicios de tratamiento y proporcionar servicio al cliente. Por ejemplo, podríamos combinar la información médica de muchos pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamientos dirigidos a mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

Facturar nuestros servicios

- Podemos usar y divulgar su información médica para cobrar y obtener el pago de planes médicos o de otras entidades.
Por ejemplo: Daremos información sobre usted a su seguro médico para que dicho seguro pague por sus servicios.

Recibir pagos adeudados

- Podemos usar y compartir su información médica para el pago de las primas pagaderas a nosotros, determinar su cobertura y para el pago por los servicios de atención médica que reciba.
Por ejemplo: Podríamos decirle a un médico que usted califica para una cobertura y qué porcentaje de la factura podría tener cobertura.

Suscribir seguros médicos

- Podríamos usar o divulgar su información médica para la emisión de seguros; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para estos fines.

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH



BSWH-46000SP (Rev. 01/23)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Page 2 of 3

¿De qué manera usamos o divulgamos su información médica?

Estamos autorizados o requeridos a divulgar su información de otras maneras, generalmente en formas que contribuyan al bienestar público, como de las maneras indicadas a continuación. Tenemos que cumplir con ciertas condiciones establecidas por la ley antes de que podamos divulgar su información para estos fines. Para obtener más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

| | |
|--|--|
| Salud y seguridad pública | Podemos divulgar su información médica en ciertas situaciones, como por ejemplo, para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir enfermedades • Contribuir a las retiradas de productos del mercado • Informar reacciones adversas a medicamentos • Informar presuntos actos de maltrato, abandono o violencia doméstica • Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de una persona |
| Inmunizaciones de estudiantes | • Podríamos revelar un comprobante de las inmunizaciones de su hijo a las escuelas si usted nos lo permite verbalmente o por escrito. |
| Investigación | • Podemos usar o divulgar su información para fines de investigación médica en ciertas circunstancias. |
| Cumplimiento con la ley | • Divulgaremos información sobre usted si las leyes o los reglamentos estatales, federales o locales lo requieren, así como al Departamento de Salud y Servicios Humanos si dicho departamento desea ver cómo estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad. |
| Donación de órganos y tejidos | • Podemos divulgar información médica sobre usted a organizaciones que procuran órganos. |
| Médicos forenses o directores de funerarias | • Podríamos divulgar información médica a médicos forenses, personas encargadas del análisis de cadáveres o directores de funerarias cuando muere una persona. |
| Solicitudes de compensación a los trabajadores y otras solicitudes del gobierno | Podemos usar o divulgar su información médica para los siguientes fines: <ul style="list-style-type: none"> • Reclamaciones de la compensación a los trabajadores • Procesos para el cumplimiento de la ley o con un funcionario de la policía • Agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley • Funciones especiales del gobierno, como para los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial |
| Proveedores de servicio | • Podríamos divulgar información médica sobre usted a proveedores de servicio que nos asisten y que tienen la misma obligación contractual para salvaguardar la información. |
| Información sin identificación incluida | • Podríamos usar información médica sobre usted para crear información sin incluir su identificación. Esta es información que ha atravesado por un proceso riguroso para que el riesgo de identificarle sea mínimo. Una vez que se han eliminado los datos de identidad de la información médica de conformidad con la HIPAA, la podríamos usar o divulgar por diversos fines, como para la investigación o desarrollo de nuevas tecnologías de atención médica, y por lo tanto, la información sin identificación incluida no estaría sujeta a este Aviso ni a sus derechos aquí descritos. Podríamos recibir compensación por la información sin identificación incluida. |
| Demandas o acciones legales | • Podríamos divulgar su información médica para cumplir con una orden judicial o administrativa o para responder a una citación. |
| Intercambio electrónico de información médica (“HIE”, por sus siglas en inglés) | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizamos los HIE para intercambiar información médica electrónica sobre usted con otros proveedores de atención médica o entidades que no forman parte de nuestro sistema de atención médica. La información intercambiada entre proveedores o entidades puede almacenarse en sus propios sistemas. • Nuestro sistema sanitario y estos otros proveedores o entidades pueden utilizar los HIE para ver su información sanitaria electrónica con los fines descritos en este Aviso, para coordinar su atención y según lo permita la ley. • Controlamos quién puede ver su información dentro de nuestro sistema de atención sanitaria, pero otras personas y entidades que utilizan los HIE pueden divulgar su información a otros sujetos a las normas de cada HIE. • Usted puede optar por no participar en todos los HIEs presentando una solicitud por escrito a la Oficina de Cumplimiento de HIPAA de BSWH. Si opta por no participar, otros podrán seguir solicitando su información a través de los HIE, pero su información no podrá verse a través de los HIE. Puede volver a optar por los HIE en cualquier momento. Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo. • No es necesario participar en ningún HIE para recibir atención. |

Nuestras responsabilidades

- Por ley, tenemos que mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le indicaremos con prontitud si se revela indebidamente información que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información específica.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este Aviso y entregarle a usted una copia del mismo.
- No usaremos ni divulgaremos su información excepto como se ha descrito en el presente a menos que usted nos diga por escrito.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este Aviso
Podemos cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El Aviso actual estará a su disposición si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestros sitios web.

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

