

# 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.

## Políticas de Consultas

### **Iniciales**

#### **Cancelación de una cita**

Requerimos un aviso con 24 horas de anticipación para todas las cancelaciones o reprogramaciones de citas. Para más información, consulte la Política de Inasistencias adjunta.

#### **Política de inasistencias**

Toda cita que se pierda sin el correspondiente aviso con 24 horas de antelación se considerará una inasistencia a la cita. Para más información, consulte la Política de Inasistencias adjunta.

#### **Retardos**

A las personas que lleguen tarde las podrá recibir un profesional de la salud, cuando sea posible y con un tiempo de espera, o bien se les puede dar la opción de reprogramar la cita. Para más información, consulte la Política de Inasistencias adjunta.

#### **Pacientes sin cita**

Sabemos que los padecimientos médicos muchas veces ocurren de manera inesperada. Se puede brindar atención sin cita en caso de requerir atención dermatológica urgente. Haremos todo lo posible por atenderlo cuanto antes. Tenga en cuenta que posiblemente deba esperar bastante tiempo, ya que atendemos a otros pacientes que sí tienen cita. Le sugerimos que primero investigue si hay espacio, así será muy probable que podamos atenderle. Si no se trata de una urgencia, se le pedirá que programe una cita. En el caso de un paciente sin cita, el profesional de la salud atenderá únicamente el problema que se está presentando.

#### **Reembolsos del seguro y ley**

La mayoría de los servicios prestados en este consultorio se consideran médicamente necesarios. Por desgracia, no todos los servicios están cubiertos y pueden considerarse opcionales o estéticos. En los casos donde el seguro le haya negado un servicio, usted será personalmente responsable de pagarlo. Las leyes federales en materia de transacciones de compañías aseguradoras requieren que enviemos a las aseguradoras solicitudes de reembolso precisas y que reportemos los servicios exactos que se prestaron junto con el motivo exacto por el que se brindaron. No se nos permite alterar el expediente médico ni los formularios de solicitud de reembolso. Nuestro consultorio se apega estrictamente a estas leyes y enviará las solicitudes de reembolso de esta manera a todas las compañías aseguradoras.

#### **Seguro secundario**

Nuestra oficina de facturación corporativa enviará una solicitud de reembolso al seguro secundario una sola vez, como una cortesía para nuestros pacientes. Si después de 90 días su seguro secundario no ha hecho el reembolso, el saldo será la responsabilidad del paciente.

## Políticas de Consultas

### Los servicios no cubiertos son su responsabilidad.

Los planes médicos tienen muchas estipulaciones especiales. Si no está seguro de si un servicio está cubierto por su plan, deberá llamar a su compañía aseguradora para saber cuál será su responsabilidad financiera antes de que lo vean y le den tratamiento. Es responsabilidad del paciente obtener una derivación para los planes de seguro médico cerrado (HMO). Si no obtiene una derivación, usted será responsable de todos los cargos. El departamento de recursos humanos de su empleador también será una fuente de información y ayuda.

### Para entender su obligación financiera

Como paciente, lo mejor para usted es saber si su plan tiene un contrato con el M.A.M., Dr. Jonathan Richey, FAOCD, FAAD, CDC, y que usted entienda los beneficios de su plan de seguro. Esto incluye, entre otras cosas, entender su responsabilidad por cualquier monto de deducible, coaseguro o copago antes de cualquier visita. Puede tener diferentes montos de deducible, coaseguro o copago dependiendo del estado contratado por su compañía aseguradora. **Los pacientes son responsables de todos los pagos; por ejemplo: copagos, coaseguros, deducibles y saldos vencidos al momento del servicio.** Si su cuenta está vencida, se pasará a nuestra agencia de cobranza. Aceptamos tarjetas de débito, MasterCard, Visa y American Express.

También es importante que entienda las normas de cobertura y los beneficios actuales de su plan de seguro. Las políticas y determinaciones de cobertura pueden variar de un año a otro. Tenga en cuenta que la mayoría de los procedimientos realizados en nuestro consultorio se consideran quirúrgicos de acuerdo con la Asociación Médica Estadounidense (*American Medical Association*). Esto incluye escisiones, depilaciones, biopsias, inyecciones intralesionales y destrucciones por cualquier método. "Cualquier método" incluye electrocirugía, criocirugía y el tratamiento láser y químico de una lesión. Las lesiones incluyen molusco, verrugas, acné miliar y lesiones benignas, premalignas o malignas. **Las cirugías muchas veces se aplican a los deducibles o al coaseguro del paciente.**

### Patología

Recibirá una cuenta aparte por los servicios de laboratorio o patología de parte de un laboratorio externo, por cualquier prueba que ordene su médico; o bien, puede recibir una factura de patología por separado del Dr. Richey, ya que también es dermatopatólogo y puede analizar él mismos sus preparaciones microscópicas (muestras) de patología. En caso de recibir una factura de un laboratorio externo, puede resolver cualquier duda al respecto comunicándose con dicho laboratorio.

## **Aviso importante para todos los pacientes acerca de las inasistencias a las citas médicas**

En Baylor Scott & White Dermatology McKinney brindamos una atención excepcional a todos nuestros pacientes. Por ello le solicitamos atentamente que nos informe al menos 24 horas antes de su visita si es que no podrá asistir a su cita programada. Una cita a la que no se asiste impide que otras personas reciban la atención que podrían necesitar.

Para ayudarle a recordar sus próximas citas, le ofrecemos los siguientes recordatorios:

- \* Una llamada telefónica automatizada 3 días antes de la cita programada. Si en esta llamada no se confirma la cita, llamaremos al paciente 1 o 2 días antes de la cita programada para confirmarla.
- \* El portal para pacientes MyBSWHealth de Baylor Scott and White envía mensajes de recordatorio 1 o 2 días antes de la cita programada, si se tienen activadas las notificaciones del portal.
- \* Nuestra oficina envía un mensaje del portal para pacientes MyBSWHealth de Baylor Scott and White 1 día antes de su cita programada.
- \* Quienes no tengan acceso al portal para pacientes MyBSWHealth de Baylor Scott and White recibirán una llamada 1 día antes de su cita.

### **Política de Citas perdidas (Inasistencias), Cancelaciones tardías y Retardos**

La política de la clínica requiere que los pacientes avisen con 24 horas de anticipación cada vez que decidan cancelar o reprogramar sus citas. Toda cita que se pierda sin el correspondiente aviso con 24 horas de antelación se considerará una inasistencia a la cita. A las personas que lleguen tarde las podrá recibir un profesional de la salud, cuando sea posible y con un tiempo de espera, o bien se les puede dar la opción de reprogramar la cita. Entendemos que esto no siempre puede evitarse debido a circunstancias imprevistas; sin embargo, es fundamental comunicarse con la clínica para que se evalúen las circunstancias y el profesional de la salud pueda ocuparse de cada caso en particular.

### **Pacientes recurrentes**

1. **Primera inasistencia a una cita:** Se enviará una carta a través del portal para pacientes MyBSWHealth de Baylor Scott and White, si está activo. Si no está activo, se le enviará una carta vía postal, con un aviso de la cita perdida y un recordatorio de la política de consultas de Baylor Scott & White Dermatology Specialists.
2. **Segunda inasistencia a una cita:** Se enviará una carta de advertencia informándole al paciente de las citas a las que no asistió y de la posibilidad de dar por terminada la relación con su proveedor en caso de no asistir a otra cita médica.
3. **Tercera inasistencia a una cita:** Se enviará una carta de terminación informándole al paciente que se da por terminada su relación y vínculo con el proveedor o la clínica por haber excedido el número permitido de inasistencias a las citas.

### **Nuevos pacientes**

1. **Primera inasistencia a una cita:** Se perderá la programación de citas futuras.

Agradecemos su atención y acuse de recibo de la Política de Citas perdidas (Inasistencias), Cancelaciones tardías y Retardos.

## Consentimiento para Fotografías

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías médicas de mí o de mi hijo (o de la persona de quien soy el tutor legal). Entiendo que la información se puede usar en mi historia clínica, para fines de enseñanza médica en Baylor Scott and White – Dermatology Specialists, en la publicación de libros de texto o revistas de medicina, o en publicaciones relacionadas en redes sociales, según lo he señalado a continuación. Al dar mi consentimiento para estas fotografías médicas, comprendo que no recibiré ningún pago de ninguna parte. Mi negativa a dar mi consentimiento para las fotografías no afectará de ninguna manera la atención médica que recibiré. Si tengo alguna pregunta o si deseo retirar mi consentimiento en el futuro, puedo comunicarme con el personal de Baylor Scott and White – Dermatology Specialists llamando al (469) 800-5325.

Al firmar el siguiente formulario, confirmo que me explicaron este consentimiento en términos que entiendo.

### Firme una de las siguientes opciones:

1. **Doy mi consentimiento** para que estas fotografías se utilicen en publicaciones médicas, como revistas y libros de texto, así como en publicaciones electrónicas y en redes sociales relacionadas con la medicina. Entiendo que la imagen puede ser vista por miembros del público, además de científicos e investigadores médicos que normalmente usan estas publicaciones en su formación profesional. Aunque estas fotografías se usarán sin ninguno de mis datos generales (como mi nombre), comprendo que es posible que alguien pueda reconocerme. También acepto que mi imagen se muestre con fines educativos en Baylor Scott and White – Dermatology Specialists y que se use en mi historia clínica.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **SÓLO para fines educativos:**

2. Acepto que mi imagen se muestre con fines educativos Y TAMBIÉN que se use en mi historia clínica, pero NO en publicaciones médicas.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **SÓLO para el expediente médico:**

3. Acepto que mi imagen se use **ÚNICAMENTE en mi expediente médico.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Información demográfica y de seguro del paciente



Cuenta N.°

Información del paciente

Apellido del paciente		Nombre		2.° nombre		Alias	
Dirección (calle o apartado)				Apartamento/Suite n.°			
Ciudad				Estado		C.P.	
Tel. casa <input type="checkbox"/> Número principal		Tel. trabajo <input type="checkbox"/> Número principal		Tel. celular <input type="checkbox"/> Número principal			
E-mail (para enviarle mensajes importantes)				Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
Número de Seguro Social				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento	
Nombre del contacto de emergencia				Teléfono		Parentesco	
Nombre del médico de cabecera		Teléfono		Nombre del médico que lo refirió		Teléfono	

## Llene esta sección solo si el paciente es menor

Inf. del responsable

Apellido del responsable		Nombre		2.° nombre		Alias	
Dirección (calle o apartado)				Ciudad		Estado C.P.	
Tel. casa		Tel. trabajo		Tel. celular			
E-mail (para enviarle mensajes importantes)				Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
Número de Seguro Social				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento	

Información de seguro y suscriptor

Compañía de seguros principal			Fecha vigencia	Compañía de seguros secundaria			Fecha vigencia
Dirección para reclamaciones (calle o apartado)				Dirección para reclamaciones (calle o apartado)			
Ciudad		Estado	C.P.	Ciudad		Estado	C.P.
N.° de ID de la póliza		N.° de ID del grupo		N.° de ID de la póliza		N.° de ID del grupo	
Suscriptor (titular de la póliza)		Fecha de nacimiento		Suscriptor (titular de la póliza)		Fecha de nacimiento	
N.° de SS del suscriptor		Parentesco con el paciente		N.° de SS del suscriptor		Parentesco con el paciente	
Empleador del suscriptor		Teléfono del trabajo		Empleador del suscriptor		Teléfono del trabajo	
Dirección del empleador del suscriptor (calle o apartado)				Dirección del empleador del suscriptor (calle o apartado)			
Ciudad		Estado	C.P.	Ciudad		Estado	C.P.

# 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 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 vídeo 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 coseguros, 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** Entiendo y estoy de acuerdo en que las leyes de Texas disponen que, si algún proveedor o empleado de atención médica se expone a la sangre u otro líquido corporal de un paciente, el Centro podrá analizar dicha sangre o líquido corporal para determinar la presencia de cualquier enfermedad transmisible. 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, 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 podrían tener un interés de propiedad ahí. Entiendo que el Centro cumple con la definición de un Centro propiedad de médicos según Medicare, y que tengo a mi disposición una lista de los médicos propietarios del mismo a solicitud.
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 los proveedores independientes (que podrían incluir, por citar solo a algunos, anestesistas, 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.



# 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, incluida, sin limitarse a ella, una retención presentada de conformidad con el Código de Propiedades de Texas. 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 rechazar 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 de Texas; en caso de una disputa, cualquier acción pertinente solo se presentará ante un tribunal de Texas en el condado o distrito donde se proporcionó la totalidad o una parte sustancial de la atención.

	/	/	:	
<b>Firma del paciente o representante legal autorizado</b>	<b>Fecha</b>		<b>Hora</b>	<b>Parentesco con el paciente</b>

## USO EXCLUSIVO DE BSWH

<input type="checkbox"/> El paciente no puede firmar		/	/	:
	<b>Testimonio clínico en el que se confirma la incapacidad del paciente para firmar</b>	<b>Fecha</b>		<b>Hora</b>
<i>(Consulte las reglas del consentimiento informado para designar al representante legal autorizado)</i>				





**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH  
PERMISO DE COMUNICACIÓN VERBAL**

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Números telefónicos

Dirección completa (ciudad, estado y código postal)

Doy mi permiso para que el personal de Baylor Scott & White Health hable sobre mi información médica personal, ya sea en persona o por teléfono, con las siguientes personas que participan en mi atención médica, con los siguientes fines:

- Para programar o confirmar oralmente mis citas;
- Para hablar de mi atención, incluidos los resultados de los análisis diagnósticos, de mi diagnóstico y pronóstico, y de los planes de tratamiento, que pudieran incluir expedientes de salud mental, notas de psicoterapia, resultados de análisis de SIDA/VIH, expedientes de tratamiento para el abuso de sustancias, expedientes del banco de sangre o información genética; o
- Para hablar de la facturación y pago de los 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 sea revelada a las personas designadas, dichas personas podrían a su vez divulgarla y entonces perdería la protección otorgada por las leyes estatales y federales de privacidad.

Nombre	Parentesco	Número telefónico
1 . _____		
2 . _____		
3 . _____		

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, MS-AR-300, Temple, Texas 76508.

Este documento de permiso para comunicación verbal caducará al ser revocado o en la fecha o evento que aquí se especifica \_\_\_\_\_ .

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 aceptan firmas electrónicas)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente (adjunte información de apoyo)

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**



BSWH-59385SP (Rev. 01/20)

**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 comunicarlas 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](http://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](mailto: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](http://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](mailto: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

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED, ASÍ COMO LA FORMA EN QUE PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

## Entienda su expediente e información médica

Entendemos que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Tenemos el compromiso de proteger la información médica acerca de usted.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") describe las prácticas de privacidad de Baylor Scott & White Health ("BSWH") y de sus Entidades Cubiertas Afiliadas ("BSWH ACE") que son miembros. Las Entidades Cubiertas Afiliadas ("ACE") constituyen un grupo de entidades cubiertas, proveedores de atención médica y plan de salud Bajo una propiedad o control común, que se designa a sí misma como una sola entidad para fines de cumplimiento con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad ("HIPAA"). Los miembros de BSWH ACE compartirán la Información Médica Protegida ("PHI") entre ellos mismos para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica de BSWH ACE, y según lo permita la HIPAA y este aviso. Como una ACE, BSWH puede agregar o eliminar entidades cubiertas como parte del BSWH ACE. Para obtener una lista completa de los miembros de BSWH ACE, visite nuestro sitio web en [www.BSWHealth.com/PrivacyMatters](http://www.BSWHealth.com/PrivacyMatters). La lista también se proporcionará a solicitud en nuestras instalaciones, o comuníquese con nosotros a nuestro número gratuito 1-866-218-6920.

Este Aviso le informará acerca de las maneras en que podríamos utilizar y revelar la información médica acerca de usted, así como la forma en que puede obtener acceso a esta información. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y a la revelación de información médica.

## SUS DERECHOS

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección le explica sus derechos, así como algunas de las responsabilidades que tenemos de ayudarle.

### Obtener una copia electrónica o en papel de sus expedientes

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de sus expedientes médicos y de otra información que tengamos acerca de usted haciendo lo siguiente:
  - Comuníquese con el Departamento de Administración de la Información Médica directamente en el hospital o clínica ambulatoria donde recibió atención.

- Si es miembro del plan de salud, llame a la línea de defensa para los usuarios de Scott & White Health Plan ("SWHP") al 254-298-3000 o al número sin costo 1-800-321-7947, a FirstCare al 1-800-884-4901 o a RightCare al 1-855-897-4448, o bien escriba a 1206 West Campus Drive, Temple, TX 76502, ATTN: Customer Advocacy.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, de conformidad con los requisitos estatales y federales correspondientes. Es posible que le cobremos una cuota razonable basada en los costos.
- Usted puede revocar cualquier autorización para usar o revelar su información médica, excepto en el caso en que dicha acción ya haya sido emprendida por contar con dicha autorización. Para revocar su autorización, haga lo siguiente:
  - Envíe una notificación por escrito a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, MS-AR-300, Temple, TX 76508.

### Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica acerca de usted que piense que está incorrecta o incompleta.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le informaremos las razones por escrito en un plazo máximo de 60 días.
- Para solicitar una modificación, haga lo siguiente:
  - Envíe un aviso por escrito a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, MS-AR-300, Temple, TX 76508.

### Solicite comunicados confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted en una forma específica (por ejemplo, a su teléfono particular o del trabajo) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. Accederemos a todas las solicitudes razonables.
- No le preguntaremos cuáles son las razones de esas solicitudes.
- Para solicitar un comunicado confidencial, haga lo siguiente:
  - Comuníquese con nosotros por escrito a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, MS-AR-300, Temple, TX 76508.

### Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No es obligatorio que estemos de acuerdo con su solicitud, y podríamos rechazarla si esto afecta su atención.
- Para solicitar esta restricción, haga lo siguiente:
  - Comuníquese con nosotros por escrito a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, MS-AR-300, Temple, TX 76508.
- Si paga un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo por completo, puede pedirnos que no compartamos esa información con su asegurador médico para recibir el pago de nuestras operaciones. Siempre accederemos, a menos que exista una ley que requiera que compartamos esa información.

### Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información

- Puede pedir una lista (cálculo) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud; esto incluye con quién y por qué la compartimos.
- Incluiremos todas las revelaciones, a excepción de las relacionadas con tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otras ciertas revelaciones (como las que nos haya pedido hacer). Le proporcionaremos una lista anual gratuita, pero si nos pide otra antes de que transcurran 12 meses, le cobraremos una cuota razonable basada en costos.
- Para solicitar una lista de aquellos con quienes hemos compartido información, haga lo siguiente:
  - Comuníquese con nosotros por escrito a la Oficina de Cumplimiento de HIPAA, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, MS-AR-300, Temple, TX 76508.

### Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si estuvo de acuerdo en recibir la copia de manera electrónica. Le entregaremos una copia en papel con prontitud.
- También puede ver una copia de este aviso en nuestros sitios web.

## Elija a alguien que actúe por usted

- Si le entregó a alguien un poder legal médico o si alguien es un guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.
- Antes de emprender ninguna acción, nos aseguraremos de que esa persona cuente con esta autoridad y pueda actuar en su nombre.

## Presente una queja si siente que se violaron sus derechos de privacidad

- Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos de privacidad. Para ello, haga lo siguiente:
  - Comuníquese con nosotros al número gratuito 1-866-218-6920, visite [www.BSWHealth.com/PrivacyMatters](http://www.BSWHealth.com/PrivacyMatters) o hágalo por escrito a la Oficina de Cumplimiento de HIPAA, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, MS-AR-300, Temple, TX 76508.
- Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al número gratuito 1-877-696-6775, o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- También se puede comunicar al siguiente lugar en caso de preguntas u otras quejas:
  - En la clínica ambulatoria directamente, o al Departamento de Relaciones con los Pacientes del hospital donde recibió la atención, llamando al número gratuito 1-866-218-6919.
- En caso de que tenga preguntas u otras quejas relacionadas con la cobertura del plan médico:
  - Comuníquese a la Línea de Defensoría de SWHP al 254-298-3000 o llame gratis al 1-800-321-7947, a FirstCare al 1-800-884-4901 o a RightCare al 1-855-897-4448.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## SUS OPCIONES

**Para cierta información de salud, puede decirnos lo que prefiere que compartamos.** Si tiene una preferencia clara sobre la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas anteriormente, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En los siguientes casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos lo siguiente:

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención.
- Que compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.
- Que incluyamos su información en un directorio de hospital.

- Que nos comuniquemos con usted para recaudación de fondos.

*Si no puede decirnos cuál es su preferencia si, por ejemplo, está inconsciente, podríamos compartir su información si pensamos que es por su bien. También es posible que compartamos su información cuando esto sea necesario para aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

## Nunca compartiremos su información, a menos que nos dé permiso por escrito, en los siguientes casos:

- Con fines de comercialización.
- Para vender su información.
- Para compartir las notas de psicoterapia.

## Recaudación de fondos

- Podríamos comunicarnos con usted para nuestros esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo hagamos de nuevo al informarnos de su deseo de que lo borremos de cualquier comunicado de recaudación de fondos posterior.
- La información sobre cómo borrarse se incluirá en cualquier comunicado de recaudación de fondos que pudiera recibir.

## CÓMO USAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACIÓN

**¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?** Normalmente usamos o compartimos información de salud de las siguientes maneras.

### Para darle tratamiento

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén dando tratamiento.

*Ejemplo:* un médico que le está dando tratamiento por una lesión le pregunta a otro acerca de su condición médica general.

- Podríamos usar su información de salud para darle información acerca de alternativas de tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran interesarle.

### Para administrar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo:* usamos información médica acerca de usted para administrar su tratamiento y servicios.

- Podemos usar y compartir su información médica según sea necesario para operar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con ofrecerle y administrar su seguro de atención médica.

*Ejemplo:* podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa de administración de

*enfermedades o de bienestar que pueda ayudar a mejorar su salud, o podríamos analizar la información para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.*

## Comunicados acerca de alternativas de tratamiento y recordatorios de citas

- Podríamos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios acerca de sus citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su salud que pudieran interesarle.

## Cobro de nuestros servicios

- Podemos utilizar y compartir su información médica para cobrar y obtener el pago de planes médicos u otras entidades.

*Ejemplo:* le damos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que pague nuestros servicios.

## Para pagos

- Podemos utilizar y compartir su información médica para el pago de las primas que se nos adeudan, para determinar su cobertura y para el pago de los servicios de atención médica que reciba.

*Ejemplo:* podríamos decirle a un médico que usted es elegible para cobertura, así como el porcentaje de la factura que podría estar cubierto.

## Con fines de aseguramiento

- Podríamos usar o compartir su información médica con fines de aseguramiento; sin embargo, no usaremos ni compartiremos su información genética con esos fines.

## ¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o tenemos obligación de compartir su información de otras maneras, usualmente en formas que contribuyan al bienestar del público, como las que se mencionan a continuación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## Ayuda en caso de problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como las siguientes:

- Para prevenir enfermedades.
- Para ayudar en las retiradas de productos.
- Para reportar reacciones adversas a los medicamentos.
- Para reportar las sospechas de abuso, abandono o violencia intrafamiliar.

- Para prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o la seguridad de cualquiera.

### **Vacunación de estudiantes para las escuelas**

- Podríamos revelar evidencia de las vacunas de sus hijos a sus escuelas con su permiso verbal o por escrito.

### **Investigaciones**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

### **Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)**

- Podríamos revelarle a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos en alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos de los mismos, o como información de vigilancia posterior a la comercialización que permita la retirada, las reparaciones o los reemplazos de productos.

### **En cumplimiento con la ley**

- Compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluido ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea asegurarse de que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **En respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir información de salud acerca de usted con las organizaciones proveedoras de órganos.

### **Al trabajar con un médico forense o director de funeraria**

- Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando una persona muera.

### **En respuesta a peticiones de compensación para trabajadores, de las fuerzas de la ley y de otras dependencias gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir la información médica acerca de usted en los siguientes casos:

- Para reclamaciones de compensación para trabajadores.
- Con fines de aplicación de la ley con un oficial de la ley.
- Con organizaciones supervisoras médicas para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

### **En respuesta a demandas de acciones legales**

- Podemos compartir información médica acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio.

### **Intercambio Electrónico de Información Médica (HIE)**

- Mantenemos información electrónica médica acerca de usted que proviene de otros proveedores o entidades de atención médica que no forman parte de nuestro sistema de salud, pero que le han dado tratamiento, y esta información también se almacena en el HIE.
- Nuestro sistema de salud y estos otros proveedores pueden utilizar el HIE para ver su información de salud electrónica, con los fines descritos en este aviso, para coordinar su atención y según lo permita la ley.
- Vigilamos a las personas que pueden ver su información, pero las personas y entidades que utilizan el HIE podrían revelar su información a otros proveedores.
- Puede pedir que lo borren del HIE por medio de una solicitud por escrito dirigida a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, MS-AR-300, Temple, TX 76508. Si solicita que lo borren, su información continuará almacenándose en el HIE, pero no será posible verla a través de este sistema.
- En cualquier momento puede volver a incluirse en el HIE.
- No es necesario que participe en el HIE para recibir atención.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- Por ley, debemos mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le avisaremos oportunamente si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos obedecer las responsabilidades y prácticas de privacidad descritas en este aviso, y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información, además de lo que hemos descrito en el presente, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Díganos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios a las condiciones de este aviso**

Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso

estará disponible a solicitud, así como en nuestros sitios web.

Fecha de vigencia: septiembre de 2020.