

Para su Informacion

**Decisiones Informadas Sobre
el Cuidado del Paciente**

**Derechos y
Responsabilidades del
Paciente**

**Derechos de Visita de
Pacientes**

Quejas del Paciente

**Protección contra el
Robo de Identidad**

**Directivas
Anticipadas**

**Aviso de Prácticas de
Privacidad del Paciente**

**Proceso de
Coleccion y Cobro**



Uniting Care & Compassion

Edwards County Hospital y Healthcare Center (ECH) está dedicado a usted y a su familia. Protegemos sus derechos como paciente. Honrar estos derechos es una parte importante del respeto y cuidado de usted como persona.

Proporcionaremos atención respetando sus valores personales, creencias, sensibilidad para las diferencias raciales, religiosas y otras. No discriminaremos en base a la raza, color, religión, edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad, discapacidad o fuente de pago. Usted es importante para nosotros y queremos trabajar con usted para proporcionar la mejor atención de salud posible.

Decisiones Informadas Sobre el Cuidado del Paciente

Es importante que avisemos que en el caso de una condición médica se desarrolle, Edwards County Hospital no tiene un médico de medicina o médico de osteopatía en el edificio 24 horas al día, 7 días a la semana. En caso de una condición médica de emergencia, se le notificará al proveedor que este en turno.

Derechos del Paciente

1. Cada paciente tiene derecho a recibir una atención respetuosa por parte de personal competente.
2. Cada paciente tiene el derecho, si lo solicita, de conocer el nombre de su médico tratante, los nombres de todos los demás profesionales que participen directamente en su cuidado y los nombres y funciones de cualquier otra persona del cuidado de la salud que tenga contacto directo con el paciente.
3. Cada paciente tiene derecho de aceptar las decisiones de atención médica. Cada paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar las decisiones de tratamiento que reflejen los deseos del paciente y a solicitar un cambio de médico o ser transferido a otra institución de salud debido a razones religiosas u otras.
4. Cada paciente tiene derecho a aceptar la atención médica, a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley estatal y a ser informado de las

primero supago. Luego que la parte de su seguro este pagada, se le facturara su parte.

- Su seguro primario debe pagar o rechazar un reclamo antes que su seguro secundario pueda ser facturado.

Paciente con Pago Privado o Personal/Cuidado de Caridad

ECH ofrece opciones de planes de pago extendidos sin interés para pacientes que no tienen capacidad para pagar los servicios en su totalidad. El personal de la Oficina de Administración ayudará con gusto a los pacientes con esta opción antes de sus procedimientos. ECH también cuenta con una Política de Cuidado de Caridad y las aplicaciones pueden obtenerse con el personal de la Oficina de Administración.

**Edwards County Hospital
& Healthcare Center**
620 W. 8th Street/P.O. Box 99
Kinsley, Kansas 67547
620-659-3621
www.edwardscohospital.com

procesamiento correcto de cada factura o reclamo de forma oportuna. Proporcionar información del seguro actual y correcta también nos ayudará a enviar su reclamo o factura a la compañía de seguros apropiada.

Proceso de Facturación

ECH procesa los estados de cuenta una vez por mes, alrededor del día 10. Esto será para el mes anterior de servicio. Los estados de cuenta no se procesan si está pendiente el seguro para la cuenta actual. La mayoría de los reclamos de seguros son procesados de forma electrónica a sus proveedores. Si tiene preguntas sobre su reclamo, por favor llame al 620-659-3621. El personal de la Oficina de Administración le ayudará con gusto.

Proceso de Cobro

El proceso de cobro comienza con el personal de la Oficina de Administración. Aproximadamente dos semanas después que su reclamo ha sido presentado a su compañía de seguros, los miembros del personal contactan a su compañía de seguros para confirmar que el reclamo ha sido recibido y está siendo procesado para el pago. El personal continúa contactando a su compañía de seguros para ver si es necesaria información adicional o hasta que el reclamo esté totalmente procesado.

Luego que su seguro procesa el reclamo, usted será notificado de su responsabilidad. Su compañía de seguros determina el monto de su co-pago. Si considera que el monto no es correcto, por favor contacte a su compañía de seguros inmediatamente. Puede contactar a la Oficina de Administración al 620-659-3621 para coordinar la porción del paciente.

Información Adicional de Facturación

- Dependiendo del tipo de servicio, puede recibir facturas separadas de otros proveedores de atención de salud como Médicos de Cuidado Especial, Radiólogos, Patólogos, etc.
- Si no recibe de forma inmediata un estado de cuenta del “saldo a pagar por el paciente”, es porque estamos esperando que su compañía de seguros haga

- consecuencias médicas de rechazar el tratamiento.
- 5. Cada paciente tiene derecho a redactar una directiva anticipada y a nombrar a una persona que pueda tomar decisiones de salud en nombre del paciente hasta donde lo permita la ley.
- 6. Cada paciente tiene derecho a recibir asistencia para obtener una consulta con otro médico o profesional a solicitud del paciente y por cuenta propia.
- 7. Cada paciente tiene derecho a los servicios del hospital sin discriminación por su raza, color, religión, sexo, nacionalidad o fuente de pago.
- 8. Cada paciente o representante legal designado por el paciente tiene acceso a la información contenida en los registros médicos del paciente dentro de los límites de la ley estatal.
- 9. Cada paciente tiene derecho a examinar y recibir una explicación detallada de su factura.

Responsabilidades del Paciente

1. Es su responsabilidad comunicar lo mejor posible dentro de sus capacidades toda información sobre su condición presente o pasada, al momento de ser admitido y a través de su estadía en el hospital. Al planearse su atención, le pedimos que informe a nuestro personal si no comprende claramente alguna acción tomada.
2. Es para su beneficio seguir los planes de tratamiento como fueron ordenados por su médico y llevados a cabo por nuestros proveedores de atención de salud.
3. Solicitamos su consideración en el seguimiento de las reglas y normas del hospital, con respecto a otros pacientes y personal del hospital.
4. Es su responsabilidad pedir medidas para aliviar el dolor cuando el dolor comienza a desarrollarse, asistir a su médico y enfermera para evaluar el dolor y desarrollar un plan personal de manejo del dolor para usted.
5. Se espera que usted cumpla con sus obligaciones financieras con el centro médico tan pronto como sea posible.

Derechos de Visita de Pacientes

1. Cada paciente o representante será informado, en su

caso, de sus derechos de visitación incluyendo restricciones clínicas de limitación de dichos derechos, antes de mobiliario de atención al paciente siempre que sea posible.

2. Cada paciente o representante, cuando sea apropiado, sera informado de su derecho, sujeto a su consentimiento para recibir a los visitantes que él/ella señala incluyendo pero no limitado a un cónyuge, una pareja (incluyendo una misma pareja de sexo), otro miembro de la familia o un amigo. Cada paciente tiene el derecho de retirar o negar dicho consentimiento en cualquier momento.
3. Edwards County Hospital no restringira, limitara o negara privilegios de visitas sobre la base de color, origen nacional, religión, sexo, género, identidad, orientación sexual, o discapacidad.
4. Edwards County Hospital deberá garantizar que todos los visitantes gozan de plena igualdad y privilegios de visitas consistente en la atención al paciente.

Su Derecho a Presentar una Queja

Todas las quejas de los pacientes en cuanto al tratamiento, servicio, artículos dañados o extraviados o facturación mientras se encuentren internos en el hospital o luego de ser dados de alta serán enviadas al Gerente de Riesgo o su designado. La queja puede ser presentada de forma verbal o escrita.

Las quejas recibidas por teléfono serán transferidas al Gerente de Riesgo o a su designado.

El Gerente de Riesgo es responsable de dar seguimiento a todas las quejas de pacientes y responder por escrito al paciente, al Gerente de Departamento y a la Administración, dentro de los 10 días de presentada la queja.

En caso que el Gerente de Riesgo no esté disponible, su designado y/o el Administrador asumirá esta función.

La Administración del Hospital tiene la responsabilidad de la resolución final de todas las quejas de los pacientes, así como también informar a la Junta de Gobierno.

QUÉ DEBE HACER SI TIENE UNA QUEJA EN CUANTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD? Si cree que su derecho a la privacidad ha sido violado, puede escribir una queja y entregarla en el Hospital o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU. Para saber cómo presentar exactamente una queja tanto en el Hospital como en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, consulte en el Hospital. **NO HAY PENALIDAD POR PRESENTAR UNA QUEJA.**

SI SE HACEN CAMBIOS A ESTE AVISO: Nosotros le entregaremos una copia de este Aviso la primer vez que se le atienda y en cualquier momento que lo solicite. Tenemos el derecho a modificar este Aviso en cualquier momento sin avisar previamente a las personas que haremos un cambio. Tenemos derecho a aplicar el Aviso modificado a la información de salud que ya tenemos sobre usted así como también a toda información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del último Aviso en el Hospital. Encontrará la fecha en la cual el Aviso toma vigencia en la parte superior de la primer página debajo del título. Puede conseguir una copia de este Aviso en cualquier momento contactando a la Persona Contacto indicada en la página 8 de este folleto. También puede obtener una copia de Aviso vigente cada vez que sea admitido al Hospital para tratamiento.

Proceso de Facturación/Cobro

Gracias por elegir ECH para sus necesidades de atención de salud.

Admisión y Registro

Cada vez que venga a un nuevo servicio médico, se le asignará un nuevo número de cuenta. De ser posible, lleve siempre con usted su tarjeta del seguro.

Al momento de registrarse se hará una copia de su tarjeta del seguro e identificación con foto para asegurar que tengamos el domicilio y número de póliza correctos. Esta información será copiada cada vez que se registre, con el fin de asistir al personal de facturación y cobro en el

crimen.

*Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos revelar su información de salud a un forense o examinador médico para identificar a una persona que ha fallecido o para determinar la causa del fallecimiento. Además podemos revelar información de salud a directores de funerarias de manera que puedan llevar a cabo sus funciones.

*Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podemos revelar su información de salud a autoridades federales para tareas de inteligencia, contrainteligencia y otras situaciones que involucren nuestra seguridad nacional.

*Servicios de Protección para el Presidente y Otros. Podemos revelar su información de salud a oficiales federales de manera que puedan proteger al Presidente u otros funcionarios o jefes de estado extranjeros o de manera que puedan realizar investigaciones especiales.

*Reclusos. Si usted es un recluso de una prisión o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar su información de salud (1) a la prisión para darle atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad y la de otros; o (3) para seguridad de la prisión.

*Re-divulgación. Cuando usamos o revelemos su información de salud, puede contener información que recibimos de otros hospitales y doctores.

DANDO PERMISO Y REVOCANDO UN PERMISO PREVIO PARA USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Excepto como se declara en este Aviso, para que divulguemos su información, usted debe completar un formulario de autorización escrito. Si lo desea, más adelante puede elegir no permitirnos revelar su información de salud. Puede hacer esto en cualquier momento. Su solicitud de cortar en un futuro el permiso para revelar su información de salud debe ser escrita y enviada al Hospital. No es posible para nosotros recuperar cualquier información que ya hayamos revelado sobre usted y que hicimos con su permiso.

Un informe escrito de la queja será conservado en la oficina del Gerente de Riesgo.

El Personal de Admisión será responsable de informar al paciente sobre los Derechos del Paciente y asesorar al paciente y/o su familia sobre el derecho a discutir cualquier queja con el Gerente de Riesgo y/o la persona designada.

Cualquier paciente o persona cercana puede presentar una queja formal escrita u oral la cual será investigada por el Representante de Pacientes, el Gerente de Riesgo y el Administrador del Hospital para su resolución.

Para presentar una queja, contactar a Thyra Strate, Gerente de Riesgo al 620-659-3621 ext. 228 o al Administrador al 620-659-3621 ext. 226. Defensor del Pueblo de Kansas al 800-432-3535. Kansas Departamento de Quejas de la Salud y Medio Ambiente 800-842-0078. Kansas, la Fundacion para la Atencion Medica 800-432-0407.

En el caso de que su queja no se resuelve con Edwards County Hospital o la clínica, usted puede presentar una queja con nuestros acreedores, El Equipo de Cumplimiento, Inc. a través de su página web: www.thecomplianceteam.org o mediante teléfono 1-888 -291-5353.

Protección contra el Robo de Identidad

ECH ha implementado un Programa de Prevención de Robo de Identidad para proteger a nuestros pacientes contra el fraude y para evitar que la información de identificación sea utilizada por otra persona sin autorización.

Al momento que cada paciente (mayor de 18 años) se registra, se le solicitara dos formas de identificación, una de las cuales incluye una identificación con foto. Ejemplos para usar son: licencia de conducir actual, identificación

estatal, pasaporte actual, tarjeta de seguro actual, tarjeta de seguro social válida, registro de votante actual, tarjeta de biblioteca, tarjeta de credito actual, etc.

En caso que el paciente no tenga una identificación con foto, ECH le tomará una foto usando una cámara digital sin costo. El paciente puede pedir a un familiar o representante designado que vaya a casa a traer una foto para identificación adecuada.

Los pacientes que se presentan en la Sala de Emergencia siempre serán considerados una emergencia y el tratamiento nunca será negado. Luego de la estabilización, al momento del alta, se solicitarán dos formas de identificación, una de las cuales incluye una identificación con foto. Los pacientes externos que no puedan presentar dos formas de identificación, una de las cuales debe ser una identificación con foto, serán reprogramados para recibir los servicios una vez que sea presentada la identificación apropiada.

El Oficial de Cumplimiento Corporativo será notificado de la detección de todo robo de identidad. El paciente será contactado por escrito, de ser posible, por el uso no autorizado de su información de identificación personal. La carta establecerá la razón por la cual ECH siente que el paciente podría ser una víctima de robo de identidad y recomendará los pasos que el paciente puede tomar.

Directivas Anticipadas

Ejercitando su Derecho a Elegir

A través de las últimas décadas, la capacidad de la ciencia médica para salvar y preservar vidas se ha incrementado drásticamente. Sin embargo, esta capacidad ha suscitado algunos interrogantes serios: Deberían los proveedores de cuidado de la salud preservar la vida de un paciente luego que la calidad de vida del mismo se ha perdido? Cuando un paciente ya no puede tomar o comunicar sus decisiones sobre su tratamiento, deberían los proveedores de cuidado de la salud tomar dichas decisiones?

Varios estados—incluyendo Kansas—cuentan con leyes

menores y negligencia; para informar reacciones a medicinas y otros productos de salud; para informar un retiro de productos de salud o medicamentos; para decirle a una persona que ha sido expuesta a una enfermedad o puede obtenerla o propagarla; para decirle a la autoridad gubernamental si creemos que un paciente ha sido abusado, sufrido negligencia o es víctima de violencia; para dejar saber a los empleadores sobre una enfermedad laboral o seguridad en el trabajo; para informar lesiones por trauma al estado.

*Actividades de Supervisión de Salud. Podemos revelar su información de salud sin su permiso a un grupo especial el cual controla que los hospitales están siguiendo las reglas. Estos grupos especiales investigan, inspeccionan y dan licencias a los hospitales. Esto es necesario para que nuestro gobierno sepa sobre nuestros hospitales y que los mismos están siguiendo las normas y leyes.

Juicios y Disputas. Podemos revelar su información de salud si usted está involucrado en un juicio o disputa. Si una corte ordena que revelemos su información de salud incluso si usted no está involucrado en un juicio o disputa, también podemos revelar su información de salud. Otras razones que pueden causar que demos a conocer su información de salud sería si hay una orden para comparecer ante un tribunal, una solicitud de evidencia u otra razón legal por otra persona involucrada en una disputa. Debe hacerse un esfuerzo para informarle sobre esta solicitud o una orden para asegurar que la información que desean sea protegida.

*Aplicación de la Ley. Podemos revelar su información de salud si es solicitado por un oficial de policía por las siguientes razones: por una orden judicial, citación, orden de allanamiento o citatorio; para encontrar a un sospechoso, fugitivo, testigo o una persona desaparecida; para averiguar sobre la víctima de un crimen si no podemos obtener el visto bueno de la persona; sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de un crimen; sobre algún crimen que suceda en el Hospital; en emergencias para informar un crimen, el lugar donde ocurrió el crimen, la víctima del crimen, o la identidad, descripción o paradero de la persona que cometió el

al preparar sus políticas; para ayudar a quienes revisan los hospitales y asegurar que estamos haciendo nuestro trabajo correctamente; para ayudarnos a planificar y desarrollar la parte de negocios de la atención de salud incluyendo la recaudación de fondos y publicidad de manera que tengamos ganancias. *Por ejemplo*, si tuvo una cirugía podemos usar su información de la cirugía para ver cuánto tiempo estuvo en la sala de operaciones de manera que podamos programar mejor las cirugías.

Recordatorios de Citas. Podemos revelar su información de salud para contactarlo a usted, a un familiar o a un amigo a fin de recordarle que tiene una cita en nuestro hospital. Podemos dejar un mensaje en su contestador automático o sistema de correo de voz a menos que usted nos indique lo contrario.

Tratamientos Alternativos. Podemos usar o revelar su información de salud para informarle sobre los tratamientos que se le pueden ofrecer de manera que pueda tomar buenas decisiones sobre su cuidado de salud.

*Beneficios y Servicios Relacionados a la Salud. Podemos usar y revelar información sobre su salud para comentarle sobre los beneficios o servicios de salud que le pueden interesar.

*Actividades para Recaudar Fondos. Podemos usar su información de salud a fin de contactarlo para ayudar a nuestro Hospital a recaudar fondos. También podemos revelar su información de salud a una fundación de manera que ellos puedan ayudar al Hospital a recaudar fondos. Para las actividades de recaudación de fondos, sólo revelaremos información básica de contacto como nombre, domicilio, número de teléfono y fechas en las que fue atendido en el Hospital. Si no desea que el Hospital lo contacte con fines de recaudación de fondos, debe comunicarlo al Hospital.

Riesgos para la Salud Pública. Podemos revelar su información de salud sin su permiso si existe un peligro para la salud pública. Algunos ejemplos de estos peligros: para evitar enfermedades, lesiones o discapacidades; para informar nacimientos y muertes; para informar abuso de

que permiten a las personas preparar directivas escritas sobre la atención médica futura. Estos documentos son llamados “directivas anticipadas.”

En 1990, el gobierno federal aprobó la Ley de Auto-Determinación del Paciente, una ley que exige que los hospitales provean información escrita a los pacientes adultos internados sobre sus derechos bajo la ley estatal para tomar decisiones sobre su propia atención médica y su derecho a formular directivas anticipadas.

Los dos tipos de directivas anticipadas más comúnmente usados son: el “Testamento en Vida” y el “Poder notarial duradero para decisiones de atención médica.”

Una copia de la política de Directivas del Avance del Edwards County Hospital se pondrá a disposición para su revisión. Por favor ver el Personal de la Admisión o Enfermería para folletos de Directivas del Avance adicionales o preguntas.

Emisión de preocupaciones con respecto a la política de la Directiva anticipada y prácticas de individuos deben contactar al Gerente de Riesgos, 620-659-3621, ext. 228. Vea la página 4 y 5 de este manual para obtener más información sobre su derecho a quejarse o presentar una queja.

Testamento en Vida

El Testamento en Vida es una declaración escrita que hace saber sus deseos en caso que tenga una condición terminal y no se pueda comunicar. (Una condición terminal es aquella que se espera cause la muerte del paciente.) El Testamento en Vida establece que los procedimientos de sostenimiento de la vida deben ser evitados o retirados si usted ha perdido la capacidad de tomar decisiones y si tales procedimientos no harían más que prolongar la vida. Los procedimientos médicos que proporcionan comodidad o alivio de dolor no son considerados procedimientos de sostenimiento de vida.

Para ser válido, el Testamento en Vida debe estar firmado por usted ante dos testigos adultos no emparentados con

usted, y que no serán sus herederos.

Para que el Testamento en Vida entre en vigor, dos médicos deben examinarlo a usted y determinar que tiene una condición terminal. Los doctores deben estar de acuerdo que usted morirá ya sea que se haga o no el procedimiento de sostenimiento de vida.

El Testamento en Vida no es válido mientras está embarazada. No es válido en la sala de operaciones, ni es válido para pacientes externos fuera del hospital. En caso que un paciente externo requiera ser internado, entonces toda directiva anticipada será respetada.

Poder Notarial Duradero para Decisiones de Atención Médica

Un Poder notarial duradero para decisiones de atención médica es un documento en el cual usted otorga a alguien más el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica en caso que usted no pueda tomar dichas decisiones por usted mismo. Dicha persona se denomina su “agente”

Puede nombrar como su agente a cualquier adulto competente, excepto un proveedor de cuidado de salud (a menos que esa persona esté emparentada con usted por sangre o matrimonio). Para ser válido, el documento debe estar firmado por usted y certificado ante notario o en presencia de dos testigos adultos no emparentados con usted y que no serán sus herederos.

Los poderes que pueden ser concedidos a su agente incluyen el poder de tomar decisiones, dar su consentimiento, negar su consentimiento, o retirar su consentimiento para la donación de órganos, autopsia o el tratamiento de cualquier condición física o mental. El agente puede hacer todos los arreglos necesarios para la hospitalización, atención médica u otra atención. El agente puede también firmar liberaciones de sus registros médicos o solicitar y recibir sus registros médicos o información sobre su condición. Usted puede detallar en su documento de poder notarial duradero cuáles de los poderes anteriores tendrá su agente.

involucrados en su tratamiento mientras esté en el Hospital o luego de dejarlo.

Para Pago. Podemos usar y divulgar su información de salud sobre el tratamiento que recibe aquí en el Hospital de manera que usted o la compañía de seguro o incluso una tercera parte pueda ser facturada. *Por ejemplo,* podemos entregar a su compañía de seguro de salud información sobre su cirugía de manera que su plan de seguro nos pague a nosotros o a usted por la cirugía. A veces tenemos que hablar con su compañía de seguro antes de la cirugía para obtener el visto bueno de ellos para que la cubran.

*Para Tareas de Atención de Salud. Podemos usar o divulgar su información de salud para asegurarnos que le estamos brindando la mejor atención posible. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para ver qué tan bien nuestro personal le está asistiendo. Podemos combinar su información de cuidado de la salud con información de otro individuo para decidir sobre servicios adicionales que deberíamos ofrecer a nuestros pacientes y ver si los nuevos tratamientos realmente funcionan. También podríamos dar a conocer su información de cuidado de salud a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros empleados del hospital para su revisión y estudios. Además podemos combinar información que tenemos con otros hospitales para comparar y ver cómo estamos y cómo podemos dar un mejor tratamiento. Podríamos quitar datos de su información de salud para que otros que la miren no puedan ver su nombre. De esta manera, podemos analizar información sin saber los nombres de las personas. A continuación damos algunas otras razones por las cuales podemos usar y revelar su información de cuidado de la salud: para ver qué tan bien estamos ayudando a nuestros pacientes; para ayudar a reducir costos de atención médica; para desarrollar cuestionarios y encuestas; para ayudar con la gestión de atención; para asegurar que estamos haciendo bien nuestro trabajo y en forma exitosa; para entrenar mejor a las personas de manera que puedan obtener las habilidades que necesitan para realizar al máximo sus habilidades especiales; para ayudar a las compañías de seguro a brindarle un mejor servicio a usted

sobre su información de salud sólo de cierta manera o en un determinado lugar. Un ejemplo sería que nos solicite que solo sea contactado por nosotros en su trabajo o por correo. Para pedir privacidad en los comunicados, debe hacer su solicitud al Hospital por escrito.

Haremos todo lo posible para conceder todos los pedidos razonables y aunque no está obligado a brindar razones para su solicitud, podemos pedirselo. Asegúrese de ser específico en su solicitud sobre cómo y dónde desea ser contactado. Podemos cobrar un cargo por esta solicitud de privacidad y si usted no realiza el pago, la comunicación privada será interrumpida.

*Tiene Derecho a una Copia en Papel de este Aviso. Tiene derecho a una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si obtiene este Aviso por correo electrónico, aún puede obtener una copia en papel del mismo. Puede solicitar una copia al Hospital o puede ir a nuestro sitio web, www.edwardscohospital.com, y obtener allí una copia.

CÓMO VAMOS A USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD? El Hospital puede usar y revelar su información de salud sin su permiso. La siguiente es una lista de cuándo podemos hacerlo:

*Para Tratamiento. Podemos utilizar su información de salud para proporcionarle tratamiento o servicios. Podemos dar su información de salud a otros doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, o a otro personal que esté involucrado en su atención. *Por ejemplo*, un médico que lo asista por un hueso roto puede necesitar saber si tiene diabetes ya que esta enfermedad puede retrasar el proceso de curación. Además, el médico puede necesitar decirle al nutricionista si usted tiene diabetes de manera que pueda organizar las comidas. Diferentes departamentos del Hospital pueden compartir su información de salud a fin de coordinar los diferentes servicios que usted necesita, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías.

También podemos revelar su información de salud a proveedores externos al Hospital que pueden estar

También puede dar instrucciones específicas en su documento. Por ejemplo, puede prohibir un tratamiento específico. O puede solicitar un tratamiento, incluyendo servicios de sostenimiento de la vida. Su agente y proveedores de atención médica deben cumplir sus deseos expresos. También deben respetar cualquier deseo que usted haya expresado en un Testamento en Vida. Usted también puede tener cualquier otro documento escrito escrito por usted mismo, firmado y fechado, que expresa sus decisiones individuales de tratamiento de salud.

Para más información sobre un Testamento en Vida o un Poder Notarial Duradero, o para completar estos documentos, consulte a su enfermera o al representante de admisión.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este Aviso de Prácticas de Privacidad es efectivo a partir del 01/01/2016.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y COMUNICADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

COMPRIENDIENDO SU INFORMACIÓN DE SALUD -- CÓMO ES UTILIZADA Y CÓMO PUEDE SER COMPARTIDA CON OTROS: Existen leyes que exigen que le entreguemos este Aviso sobre qué hacemos con su información de salud. Este Aviso es sobre la información de salud que mantenemos mientras usted recibe atención en el hospital.

QUÉ HACER SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO? Si no comprende este Aviso o lo que dice sobre cómo podemos usar su información de salud, por favor contacte a:

*Mary Jane Dowler, RHIA, Oficial de Privacidad
620 West 8th ó PO Box 99
Kinsley, KS 67547 (620) 659-3621*

QUÉ ES SU REGISTRO DE SALUD O INFORMACIÓN DE SALUD? Cuando va a un hospital, a un doctor, o a cualquier proveedor de cuidado de salud, se hace un

registro que informa sobre su tratamiento. Este registro tendrá información sobre sus enfermedades, lesiones, síntomas de enfermedad, exámenes, resultados de laboratorio, tratamiento recibido y notas sobre qué puede ser necesario en un futuro. Su información de salud puede contener todo tipo de información sobre sus problemas de salud. El hospital conserva esta información de salud y puede usarla de diferentes maneras. Qué hacemos con su información de salud y cómo podemos usarla y compartirla se describe en el resto de este Aviso.

CUÁL ES LA RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL EN CUANTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD? La ley establece que este Hospital debe hacer lo siguiente cuando maneja su información de salud:

- Mantener la privacidad de su información de salud, divulgándola sólo cuando la ley lo permita;
- Explicarle nuestro deber legal y nuestras reglas sobre mantener su información de salud privada;
- Seguir las reglas establecidas en este Aviso;
- Hacerle saber cuando no podamos estar de acuerdo con una solicitud o demanda que usted haga para restringir el intercambio de su información de salud con otros.
- Ayudarlo cuando usted desee enviar la información de salud en una manera diferente de la cual se envía usualmente o a un lugar diferente donde se envía usualmente.

No divulgaremos su información de salud sin su permiso excepto en ciertos casos explicados en este Aviso. Existen leyes que dicen que podemos divulgar su información de salud sin su permiso. El Hospital seguirá estas leyes. El Hospital puede divulgar su información de salud de forma electrónica (por redes de computación, por ejemplo) o por fax.

Sus Derechos sobre su Información de Salud

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD? Su información de salud es propiedad del médico u hospital que la escribió. La información contenida en su información de salud le pertenece a usted. Usted tiene ciertos derechos sobre esta información de salud. La siguiente lista explica sus derechos:

*Tiene el Derecho a Ver su Información de Salud y Puede Obtener una Copia de esta Información la cual Puede Ser Utilizada para Ayudar con su Cuidado. Esta información usualmente incluye registros médicos y de facturación. Su información no tendrá notas de sicoterapia e información hecha para ser utilizada en un proceso judicial o información cubierta por leyes especiales. Si desea ver su información de salud y obtener una copia de la misma, debe escribir una solicitud a la Persona Contacto. Si está discapacitado o enfermo, puede hacer esta solicitud por teléfono o personalmente. Puede tener un cargo por las copias y el envío por correo. *Podemos rechazar su solicitud de información de salud.* Si lo rechazamos, será notificado por escrito. Si nos negamos, usted puede pedir que se revise la decisión de no permitirle ver su información de salud. Una persona neutral revisará su solicitud y haremos lo que diga.

*Tiene Derecho a Pedir que Hagamos Cambios en sus Registros. Si considera que su información de salud no está completa o está equivocada, puede solicitar que la cambiemos. Puede pedir que hagamos un cambio a su información de salud mientras la tengamos. Si quiere hacer un cambio a su información de salud, debe dar una buena razón para hacerlo. Si no pone su solicitud de cambio por escrito y no brinda una buena razón, podríamos no permitir que se haga el cambio.

También podemos rechazar su solicitud de cambio por las siguientes razones: (1) la información no fue creada por este Hospital; (2) no es parte de la información de salud conservada por el Hospital; (3) no es información que usted esté permitido a ver o copiar; o (4) está correcta y completa.

*Tiene el Derecho a Pedir Privacidad en las Comunicaciones. Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted