Stony Brook University Hospital

Consentimientos Generales, Acuerdos, Agradecimientos y Guía de Servicios de Observación

Stony Brook Medicine

Tabla de Contenido

I. Hablamos Su Idioma 1

II. Lo que Usted Necesita Saber 3

III. Consentimientos Generales, Acuerdos y Agradecimientos

Consentimiento General y Acuerdos para Hospitalización, Observación, Departamento de Emergencias, Cirugía Ambulatoria y Estudios Prequirúrgicos 7

Consentimiento General y Acuerdos Para Servicios Hospitalarios Ambulatorios 12

Acuerdos para Prácticas Médicas 16

Un Mensaje Importante de Medicare 19

Días de Reserva de por Vida de Medicare Formulario de Elección de Días 21

Formulario de Asignación de Beneficios de la Ley de Seguros Sin Adjudicación de Culpa para Vehículos Motorizados de Nueva York. 22

Psychiatric Services and Clinical Enhancement System (PSYCKES) Formulario de Consentimiento 23

Psychiatric Services and Clinical Enhancement System (PSYCKES) Formulario de Ritiro del Consentimiento 25

Consentimiento para la participación en el NYSIIS para personas de 19 años de edad en adelante 26

Retiro de consentimiento de participación en NYSIIS para personas mayores de 19 años 27

IIIa. Servicios de Observación

Comprensión de Sus Derechos y Estado como Paciente Internado u Paciente de Observación 28

Notificación de Observación Ambulatoria de Medicare (MOON) 34

Notificación de Asignación a Servicios de Observación 36

IV. Organización Healthix de intercambio de información de salud

¿Qué es Healthix? 37

Autorización para Acceder a la Información del Paciente Mediante una Organización de Intercambio de Información de Salud 39

V. Pago de su Atención en el Hospital de la Universidad de Stony Brook 42

VI. ¿Cambió Algo? 43

VII. Números Telefónicos Útiles 44

I. Hablamos Su Idioma

Stony Brook University Hospital cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Stony Brook University Hospital no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Stony Brook University Hospital:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Roseanna Ryan, Director of Patient Advocacy & Language Assistance Services at 1-631-444-2880.

Si considera que Stony Brook University Hospital no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Roseanna Ryan
Director of Patient Advocacy & Language Assistance Services
101 Nicolls Road
Hospital, Level 5, Room 540
Stony Brook, NY 11794-7522
Phone **1-631-444-2880**
Fax **1-631-444-6637**
roseanna.ryan@stonybrookmedicine.edu

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Roseanna Ryan, Director of Patient Advocacy & Language Assistance Services está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,** o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

La Universidad de Stony Brook (State University of New York, SUNY) proveen educación y empleo mediante políticas de acción afirmativa e igualdad de oportunidades.

ATTENTION: If you speak American Sign Language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-631-444-2880.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-631-444-2880.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-631-444-2880.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-631-444-2880.

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-631-444-2880 ।

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-631-444-2880.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-631-444-2880.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-631-444-2880.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-631-444-2880.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-631-444-2880.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-631-444-2880.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-631-444-2880.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-631-444-2880.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-631-444-2880.

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-631-444-2880 .

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-631-444-2880

II. Lo que Usted Necesita Saber

Este folleto, ***Copia para los pacientes de los formularios de consentimiento, acuerdo y de aceptación de tipo general del hospital Stony Brook University***, y guía de los servicios de observación, le será de ayuda a usted y a su representante para entender cabalmente lo que necesita saber acerca de los consentimientos (aprobaciones) de tipo general que usted dé; incluye los textos contenidos en los formularios de consentimiento que usted firma, ya sean electrónicos o impresos. Se le hace entrega de este folleto al momento de firmar los correspondientes formularios de consentimiento, acuerdo y de aceptación relacionados con la atención y el tratamiento médico de tipo general que se le dará a usted en el hospital de Stony Brook Medicine o en la sede de un proveedor.

Estos consentimientos y acuerdos de tipo general no abarcan los de cirugías y procedimientos específicos, que se firman por separado, y que le serán entregados por médicos y por otros profesionales certificados. En las sedes de Stony Brook Medicine y en el hospital Stony Brook University, se pide a cada paciente que sea hospitalizado que firme un formulario de consentimiento y acuerdo de tipo general, y uno por cada observación, atención por parte del departamento de emergencias y por cada cirugía ambulatoria, y por las correspondientes ocasiones de suministro de servicios médicos.

En el caso de servicios hospitalarios ambulatorios, se debe firmar para cada persona un formulario de consentimiento y acuerdo de tipo general, que será válido durante un año completo (365 días) para las consultas de este tipo.

Si tiene alguna pregunta, tenga presente que puede hacerlas a su proveedor de atención médica de Stony Brook, y que también puede hacer uso de los números telefónicos de interés.

Consentimientos y acuerdos de tipo general para los pacientes que sean hospitalizados, y para los que reciban servicios del departamento de emergencias, cirugía ambulatoria o pruebas previas a cirugías

Este formulario de consentimiento y acuerdo de tipo general es válido específicamente para el correspondiente departamento de emergencias y para las consultas médicas de observación, las estadías de hospitalización, estadías de cirugía ambulatoria y para las pruebas previas a cirugías relacionadas con el servicio prestado. Por ejemplo, si dio su consentimiento al ingresar a través del departamento de emergencias y posteriormente es admitido como paciente hospitalizado, su consentimiento abarca también este servicio. Otro ejemplo sería la firma de un formulario de consentimiento al momento de realizar pruebas previas a una cirugía dada; el consentimiento abarca la consulta médica correspondiente a las pruebas previas y también la cirugía misma (siempre que las pruebas y la cirugía no estén separadas en el tiempo más de 30 días). El formulario de consentimiento de tipo general tiene ocho secciones, incluyendo:

1) Consentimiento de tipo general para tratamientos
2) Servicios de Telehealth
3) Disposición de tejidos y de muestras
4) Responsabilidad por los cuidados al paciente
5) Derecho de designar un proveedor de cuidados (derecho de elegir a alguien que lo atienda al regresar a casa)
6) Fotografías y grabaciones de video y de voz
7) Reconocimiento de que usted recibió las guías informativas en conformidad con el Departamento de Salud (DOH) del Estado de Nueva York
8) Artículos personales

Si tiene alguna pregunta adicional acerca de sus consentimientos, puede hacerlas al momento de ingresar o puede hacerlas más tarde; también puede consultar la sección "Números telefónicos de interés" al final de este folleto.

Consentimientos y acuerdos de tipo general para servicios hospitalarios ambulatorios

Este formulario de consentimiento y acuerdo de tipo general es válido específicamente para servicios hospitalarios ambulatorios que incluyan consultas médicas realizadas como paciente ambulatorio. Este consentimiento o acuerdo será válido para todos los servicios hospitalarios que reciba durante un año completo (365 días). El formulario de consentimiento de servicios hospitalarios ambulatorios tiene seis secciones, incluyendo:

1) Consentimiento de tipo general para tratamientos
2) Servicios de Telehealth
3) Disposición de tejidos y de muestras
4) Responsabilidad por los cuidados al paciente
5) Fotografías y grabaciones de video y de voz
6) Reconocimiento de que usted recibió las guías informativas en conformidad con el Departamento de Salud (DOH) del Estado de Nueva York

Si tiene alguna pregunta adicional acerca de sus consentimientos, puede hacerlas al momento de ingresar o puede hacerlas más tarde; también puede consultar la sección "Números telefónicos de interés" al final de este folleto.

Acuerdos de proveedores de atención médica *[PARA PACIENTES QUE RECIBAN CONSULTAS MÉDICAS DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA AMBLATORIA]*

Al igual que los consentimientos y acuerdos de tipo general, estos acuerdos son válidos específicamente para sus consultas médicas de proveedores de atención médica ambulatoria.

Secciones adicionales – Consentimientos y acuerdos de tipo general

Aceptación de privacidad *[PARA TODOS LOS PACIENTES]*

Al firmar el formulario de aceptación de prácticas de privacidad, usted reconoce que le hemos explicado que su información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que cumpliremos todas las regulaciones relacionadas con la privacidad en la atención médica en conformidad con las regulaciones de la ley HIPAA.

Liberación de información, Autorización de liberación de información médica a mi proveedor de cuidados, liberación de información a los profesionales de atención médica primaria y asignación uniforme *[PARA TODOS LOS PACIENTES]*

Esta asignación de beneficios nos autoriza a presentar facturas ante su compañía aseguradora. Su firma en el formulario de liberación de información y en el de asignación uniforme permite a nuestra organización presentar facturas ante su compañía aseguradora con el consentimiento de usted. Del mismo modo, nos permite suministrar información a su proveedor de cuidados, si eligió uno.

Acuerdo económico/garantía de pago *[PARA TODOS LOS PACIENTES]*

Al firmar el formulario de acuerdo económico, usted acepta que es responsable total y parcialmente por el monto total de la factura. Lo anterior incluye toda factura del hospital y toda factura separada correspondiente a servicios de médicos. Consulte en este folleto la información acerca de la atención médica fuera de la red; dicha información explica que algunos médicos podrían no pertenecer a la red de su plan de salud. También indica un número telefónico y una dirección en Internet para obtener más información.

Consentimiento del paciente para la liberación de sus registros para apelaciones externas ante el Estado de Nueva York *[SÓLO PARA SERVICIOS HOSPITALARIOS]*

Este consentimiento permite al paciente o la persona designada por él ejercer su derecho de apelación externa en caso de que un plan de salud realice una determinación negativa.

Asignación de beneficios de Medicare *[SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICARE]*

Al firmar el formulario de asignación de beneficios de Medicare, usted autoriza al hospital a presentar en su nombre reclamaciones de pagos ante Medicare.

Otros consentimientos y notificaciones

Un importante mensaje de Medicare acerca de los derechos de usted *[SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICARE HOSPITALIZADOS]*

Si usted es un paciente de Medicare, usted reconoce que recibió un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos.

Formulario de elección de días de reserva de por vida de Medicare *[SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICARE HOSPITALIZADOS]*

Asegúrese de leer y entender cabalmente lo relativo a los días de reserva de por vida. Si usted necesita utilizar sus días de reserva de por vida o tiene alguna pregunta acerca de ellos, podemos hacer que un asesor económico lo visite. Si tiene alguna pregunta o desea asistencia, háganoslo saber o llame al (631) 444-7332.

Formulario de asignación de beneficios de la ley de cobertura de seguro sin culpa de vehículos automotores, de Nueva York (si corresponde) *[SÓLO PARA PACIENTES INVOLUCRADOS EN ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y PEATONALES, *EXCLUYENDO LOS ACCIDENTES RELACIONADOS CON MOTOCICLETAS]*

Si el paciente cuenta con cobertura MedPay, este formulario será válido para los accidentes relacionados con motocicletas.

Este formulario es importante para usted si se vio involucrado en un accidente automovilístico y existe cobertura del tipo "sin culpa". Permite al hospital Stony Brook presentar facturas y recibir reembolsos en nombre de usted.

Información de consentimiento/retiro de PSYCKES *[SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICAID]*

Este formulario permite a su equipo tratante acceder a la información acerca de usted que se encuentre en bases de datos de Medicaid. Las bases de datos de Medicaid que contienen su información médica y de salud conductual ayudarán a su equipo tratante a suministrarle la mejor atención médica posible.

Notificación MOON de observaciones de pacientes ambulatorios de Medicare *[SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICARE]*
Notificación de observaciones *[SÓLO PARA PACIENTES QUE NO SEAN DE MEDICARE]*

Este folleto suministra información útil para obtener una comprensión cabal de sus derechos como paciente en observación, y también informa acerca de los consentimientos correspondientes.

Portal (Gateway) NYCIG a información de atención médica *[PARA TODOS LOS PACIENTES]*

Este folleto suministra información acerca de los formularios de consentimiento del portal NYCIG, que es un intercambio de información de salud (HIE) que le da a usted la oportunidad de otorgar y de negar consentimientos.

Pago por su atención médica en el hospital Stony Brook University, y servicios participantes y servicios fuera de la red (OON) *[PARA TODOS LOS PACIENTES]*

Consulte la sección correspondiente del folleto como ayuda para identificar a los proveedores no participantes, y para entender cabalmente la cobertura fuera de la red.

¿Cambió algo? *[PARA TODOS LOS PACIENTES]*

Para su seguridad y a fin de evitar dificultades en la facturación, es importante que contemos con la información más actualizada. Consulte la sección "¿Cambió algo?", de modo que contemos con la información más reciente en lo relativo a medicamentos, médico de atención primaria, información de contacto y facturación.

III. Consentimientos Generales, Acuerdos y Agradecimientos

Consentimiento General y Acuerdos para Hospitalización, Observación, Departamento de Emergencias, Cirugía Ambulatoria y Estudios Prequirúrgicos

(General Consent and Agreements for Inpatient, Observation, ED, Ambulatory Surgery and Pre-Surgical Testing)

Con la firma de este documento (By signing this document):

Consentimiento General y Acuerdos para Hospitalización, Departamento de Emergencias, Observación, Cirugía Ambulatoria y Estudios Prequirúrgicos

1. **Consentimiento General para Tratamiento (General Consent for Treatment):** Doy mi consentimiento para que el Hospital de la Universidad de Stony Brook (incluidas todas las instalaciones del Hospital de la Universidad de Stony Brook) realice procedimientos diagnósticos y terapéuticos de rutina, que incluye radiografías, análisis de sangre, administración de fluidos intravenosos y medicamentos. Entiendo que este acuerdo y consentimiento general es para esta reunión, hospitalización, procedimiento quirúrgico, cirugía ambulatoria y las correspondientes visitas de pruebas preoperatorias o visitas al departamento de emergencia y/o estadías de observación. Entiendo además que será necesario que se firme otro formulario de Acuerdo y Consentimiento General para otros contactos hospitalarios, procedimientos quirúrgicos o procedimientos de cirugía ambulatoria y las correspondientes visitas de pruebas preoperatorias o visitas al departamento de emergencia o estadías de observación.

2. **Servicios de Telehealth (Telehealth Services):** Entiendo que puedo optar por recibir servicios de Telehealth.

   Telehealth incluye tanto telemedicina como supervisión remota de pacientes. La telemedicina constituye el uso de comunicación interactiva bidireccional de audio y video en tiempo real entre el paciente y el doctor u otros proveedores médicos autorizados para hacer evaluaciones, diagnósticos y tratamientos, entre otros.

   Las imágenes y conversaciones de las videoconferencias de Telehealth pueden ser grabadas y podrían formar parte del registro médico electrónico.

   Mi doctor documentará las notas de Telehealth en mi expediente médico como si se tratara de una sesión en persona.

   Puedo suspender o revocar mi consentimiento de los servicios de Telehealth en cualquier momento y esto no afectará mi atención en el futuro.

3. **Desecho de Tejidos y Muestras (Disposal of Tissues and Specimens):** Entiendo que todos los tejidos y las muestras que me tomen durante mi atención y tratamiento son propiedad del Hospital de la Universidad de Stony Brook. También autorizo al Hospital de la Universidad de Stony Brook a desechar estos tejidos y muestras cuando lo consideren apropiado.

4. **Responsabilidad por la Atención del Paciente (Responsibility for Patient Care):** Entiendo que mi médico tratante es responsable de mi atención y que puede asignar a otros médicos, practicantes y miembros del personal de este hospital cuando se considere apropiado para que me brinden atención. También entiendo que el Hospital de la Universidad de Stony Brook University es una institución educativa, y es posible que estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social y de otras ramas observen o asistan en mi atención, bajo las indicaciones de mi médico u otros miembros del personal de este hospital.

5. **Derecho a Designar a un Cuidador (Right to Designate a Caregiver):** Durante su valoración de enfermería se le preguntará si desea nombrar a un “Cuidador” que le ayude en las tareas del hogar después de que haya salido del hospital. Esta persona puede ser un miembro de la familia, un amigo, un vecino o cualquier persona que sea importante en su vida. Su Cuidador no tiene que ser su agente de cuidados de la salud ni un pariente cercano. Su Cuidador será incluido en toda capacitación necesaria relacionada con su plan de alta y otras instrucciones o demostraciones de parte del personal del hospital correspondientes a las cosas que puede necesitar una vez que haya salido del hospital. Esto incluye medicamentos, cambio de vendajes y citas de seguimiento. Si está de acuerdo, compartiremos su información médica con el Cuidador con el fin de que él/ella pueda ayudarle más.

SAMPLE

6. **Fotografías / Videos / Grabaciones de Audio (Photographs / Video / Voice Recordings):** Entiendo que mi permiso autoriza la posible toma de fotografías o la realización de videos o grabaciones de audio que podrían utilizarse con fines médicos o científicos tales como documentación o planificación de mi tratamiento, así como para enseñanza o publicaciones en revistas científicas. Antes de la publicación o la divulgación de las fotografías, videos o grabaciones de audio, aparte de como un componente de una videoconferencia de Telehealth, obtendremos su autorización por escrito, a menos que las imágenes o grabaciones de audio no lo identifiquen o se hayan modificado de tal manera que no sea posible identificarlo. Entiendo que los videos, fotografías o grabaciones de audio que se realicen para documentar mi atención médica son parte de mi historial médico y que aquellos que se hayan tomado con otros propósitos no lo son.

7. **Guías de Información (Information Guides):** Declaro que, de acuerdo con lo dispuesto en las Pautas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, he recibido:

   Como paciente hospitalizado:
   - Folleto del Departamento de Salud titulado: *Sus Derechos como Paciente Hospitalario en el Estado de Nueva York*
   - Folleto titulado: *Lo que Debe Saber como Paciente*
   - Guía informativa para el paciente: *Guía de servicios para pacientes y visitantes*

   Como paciente ambulatorio:
   - Folleto titulado: *Lo que Debe Saber como Paciente*

8. **Objetos de Valor Personal (Personal Valuables):** Entiendo que el Hospital de la Universidad de Stony Brook no se responsabiliza por los objetos personales que traiga al hospital. Entiendo que no debo traer objetos de valor (joyas, pieles, prendas costosas u otros elementos) al hospital y que debo enviar estos objetos de valor a casa con un familiar o amigo. No obstante, si no puedo hacerlo, entiendo que puedo pedir al personal que retiren mis objetos pequeños de valor y que los lleven a la oficina de tesorería para guardarlos en una caja de seguridad.

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad (Privacy Acknowledgement)

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad (Privacy Acknowledgement): Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook y de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjuntas y que he recibido información sobre cómo el hospital y las entidades nombradas al comienzo de la notificación de confidencialidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi condición, y sobre cómo puedo obtener acceso a esta información y control sobre la misma. También reconozco y entiendo que puedo solicitar información adicional sobre protección de privacidad especial para otras áreas como información relacionada con el VIH, salud mental y asesoramiento genético. He recibido la Notificación de Prácticas de Confidencialidad Conjunta en una fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

SAMPLE

Divulgación de Información (Release of Information): Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número de seguro social, a compañías de seguros, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que al hospital de la Universidad de Stony Brook le reembolsen los fondos correspondientes a mi atención. También entiendo que es posible que mi número de seguro social se entregue al Departamento de Salud del Estado de Nueva York de acuerdo con los requisitos de informe de incidentes y otros requisitos regulatorios hospitalarios del Estado de Nueva York, a los fabricantes de dispositivos médicos y a la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration/FDA) con el propósito de realizar el seguimiento de dispositivos médicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida, ya que entiendo que esto es necesario para tratar mi condición, obtener el pago para mi tratamiento y llevar a cabo las operaciones necesarias para el cuidado de mi salud.

Entiendo que la información anterior está protegida por el Reglamento Federal 42CFR, Parte 2, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Drogas y Alcohol del Paciente y no puede ser divulgada sin mi consentimiento escrito salvo que se disponga lo contrario en otros reglamentos. Entiendo que no es necesario que dé mi autorización para la divulgación de información para recibir los servicios de tratamiento y que lo hago por mi cuenta y voluntariamente por las razones proporcionadas anteriormente. Este consentimiento dejará de tener validez en doce (12) meses luego de la fecha, evento o condición indicada a continuación.

Entiendo que este consentimiento se puede anular en cualquier momento, salvo en la medida que se hayan tomado acciones en conformidad con este consentimiento.

Autorización para divulgar información médica a mi cuidador (Authorization to Release Health Information to My Caregiver):

Autorizo divulgar la información médica, relacionada con mi cuidado y tratamiento, al Cuidador identificado durante mi Valoración de enfermería para que me asista en el hogar cuando salga del hospital. En la medida que resulte necesaria para que el Cuidador me asista, esta información puede incluir aquella relacionada con el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, tratamiento por salud mental e información relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Entiendo que esta autorización se puede anular en cualquier momento realizando un pedido por escrito, salvo en la medida que se hayan tomado acciones en conformidad con esta autorización. A menos que se anule, la presente autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que se firmó.

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria y Cesión General (Release of Information to Primary Care Practitioner & Uniform Assignment)

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria (Release of Information to Primary Care Practitioner): Autorizo al personal del Hospital de la Universidad de Stony Brook y de su Departamento de Emergencias a divulgar a mi médico de atención primaria (PCP) los datos de salud relacionados con esta intervención del Departamento de Emergencias a los efectos de la continuidad de mis cuidados de salud. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Cesión General (Uniform Assignment): Por la presente transfiero, cedo y traspaso al Hospital de la Universidad de Stony Brook/University Faculty Practice Corporations, suficientes fondos o beneficios que me correspondan de agencias gubernamentales, compañías de seguro u otros que sean responsables, desde el punto de vista financiero, de mi hospitalización y atención médica para cubrir los costos del cuidado y el tratamiento que me brindaron o a mi dependiente.

Acuerdo Financiero/ Garantía de Pago (Financial Agreement/Guarantee of Payment): Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago al Hospital de la Universidad de Stony Brook/University Faculty Practice Corporations por los cuidados y tratamientos del paciente cuyo nombre aparece en este formulario.

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor (que incluyen los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato de seguro y beneficios de salud del paciente.

Entiendo que el paciente es responsable de garantizar que se obtengan todas las autorizaciones y aprobaciones exigidas por su compañía de seguro. En caso de no obtener la aprobación previa en el momento requerido o de que se haya denegado la autorización, soy totalmente responsable por todos los cargos que no pague la compañía de seguro, según lo especificado en las disposiciones de mi contrato de seguros y en la medida permitida por la ley.

Entiendo que soy responsable de proporcionar información correcta al proveedor sobre: contactos, datos demográficos, seguro de salud y otra información pertinente solicitada para la facturación de los servicios del hospital/profesional y que debo notificar al proveedor a la brevedad posible sobre cualquier cambio en esta información. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor con el fin de facturar los cuidados y el tratamiento proporcionados.

Facturación del Hospital/Servicios Financieros: Stony Brook University Hospital: 631-444-4151
Stony Brook Southampton Hospital: 631-723-2160
Stony Brook Eastern Long Island Hospital: 631-477-5555

Números de contacto adicionales: Servicios del Plan de Gestión de Práctica Médica de Stony Brook (Médico tratante y hospitalario): 631-444-4800

Servicios de Facturación de Médicos de la Sala de Emergencias de Stony Brook Southampton: 1-855-691-9890

Servicios de Facturación de Médicos Hospitalarios de Stony Brook: 631-726-3172

Puede comunicarse con su médico o el practicante hospitalario si tiene preguntas acerca de su factura del médico o del hospital.

SAMPLE

Consentimiento del Paciente para la Divulgación de Registros Médicos para Apelaciones Externas al Estado de Nueva York

(Patient Consent to the Release of Records for NYS External Appeal)

El paciente, el representante del paciente y el proveedor del paciente tienen derecho a una apelación externa de ciertas decisiones adversas tomadas por los planes de salud. En caso de solicitar una apelación externa, se requiere un consentimiento firmado y fechado por el paciente para la divulgación de registros médicos. Un agente de apelación externa designado por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York utilizará este consentimiento para obtener información médica del paciente a través del plan de salud y de los proveedores de servicios de salud del paciente. Junto con la solicitud de información médica, se proporcionará el nombre y domicilio del agente de apelación externa.

Autorizo a mi plan y a los proveedores de salud a revelar al agente de apelación externa todos los registros médicos o tratamientos pertinentes relacionados con este proceso de apelación externa, incluida información relacionada con VIH, información sobre los tratamientos de salud mental, o información sobre tratamientos por abuso de alcohol o sustancias. Entiendo que el agente de apelación externa usará esta información únicamente para tomar una determinación con respecto a mi apelación y que la información se mantendrá con carácter confidencial y no se divulgará a ninguna otra persona.

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan dispuesto acciones en función del mismo, dirigiéndome por escrito al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Entiendo que mi plan de salud no podrá condicionar el tratamiento, la inscripción, la elegibilidad o el pago a mi firma de este formulario. Acepto que la determinación del agente de apelación externa será vinculante. Declaro que no iniciaré acciones legales contra el agente de apelación externa para que se revise la decisión tomada por el agente, estipulando sin embargo, que esto no limitará mi derecho a iniciar acciones legales contra él/ella por daños en casos de mala fe o negligencia grave, o mi derecho a iniciar acciones legales contra mi plan de salud.

_____

N.º de identificación del plan de salud del paciente (Patient's Health Plan ID#)

X _____ _____ _____

Firma del paciente (o del representante) / Signature of Patient (or representative) — Hora / Time — Fecha / Date

SAMPLE

CESIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE PARA PACIENTES DE MEDICARE (MEDICARE ASSIGNMENT OF BENEFITS FOR MEDICARE PATIENTS)

Cesión de Beneficios de Medicare (Medicare Assignment of Benefits): Certifico que la información por mí suministrada en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que cuente con información médica o de otro tipo acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o compañías de seguro, cualquier información necesaria para este o para cualquier reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre directamente al médico u organización que proporciona la atención médica. Cedo, transfiero y traspaso todos los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico o a la organización y los autorizo a presentar un reclamo ante Medicare.

He leído y entendido todo el documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento.

(I have read this entire document and I understand it. I have been given the chance to ask questions and understand that I may ask additional questions at any time).

También comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que el pago y la atención médica que recibo no resultarán afectados ni interrumpidos. Este establecimiento, los empleados, directivos y médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en el presente. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

X _____

Firma del paciente (o del representante) Signature of Patient (or representative)	Relación (si quien firma no es el paciente) Relationship (if other than patient)	Hora Time	Fecha Date

Nombre del testigo en letra de imprenta Print Name of Witness	Cargo o relación con el paciente Title or Relationship to Patient

X _____

Firma del testigo Signature of Witness	Hora Time	Fecha Date

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Consentimiento General y Acuerdos Para Servicios Hospitalarios Ambulatorios

(General Consent and Agreements for Hospital Ambulatory Services)

Con la firma de este documento (By signing this document):

1. **Consentimiento General para Tratamiento (General Consent for Treatment):** Doy mi consentimiento para que el Hospital de la Universidad de Stony Brook (incluidas todas las zonas del Hospital de la Universidad de Stony Brook) realice procedimientos diagnósticos y terapéuticos de rutina, que incluye radiografías, análisis de sangre, administración de fluidos intravenosos y medicamentos. Entiendo que este consentimiento general tendrá validez por un año a partir de la fecha de mi firma para las visitas y consultas ambulatorias, servicios de pruebas y las visitas médicas, a menos que lo retire. Entiendo además que todas las admisiones para hospitalización, los procedimientos quirúrgicos ambulatorios y las visitas o permanencias en observación en el Departamento de Emergencias requieren un nuevo consentimiento general y acuerdo adicional que deberá ser completado y firmado.

2. **Servicios de Telehealth (Telehealth Services):** Entiendo que puedo optar por recibir servicios de Telehealth.

   Telehealth incluye tanto telemedicina como supervisión remota de pacientes. La telemedicina constituye el uso de comunicación interactiva bidireccional de audio y video en tiempo real entre el paciente y el doctor u otros proveedores médicos autorizados para hacer evaluaciones, diagnósticos y tratamientos, entre otros.

   Las imágenes y conversaciones de las videoconferencias de Telehealth pueden ser grabadas y podrían formar parte del registro médico electrónico.

   Mi doctor documentará las notas de Telehealth en mi expediente médico como si se tratara de una sesión en persona.

   Puedo suspender o revocar mi consentimiento de los servicios de Telehealth en cualquier momento y esto no afectará mi atención en el futuro.

3. **Desecho de Tejidos y Muestras (Disposal of Tissues and Specimens):** Entiendo que todos los tejidos y las muestras que me tomen durante mi atención y tratamiento son propiedad del Hospital de la Universidad de Stony Brook. También autorizo al Hospital de la Universidad de Stony Brook a desechar estos tejidos y muestras cuando lo consideren apropiado.

4. **Responsabilidad por la Atención del Paciente (Responsibility for Patient Care):** Entiendo que mi médico tratante es responsable de mi atención y que puede asignar a otros médicos, practicantes y miembros del personal de este hospital cuando se considere apropiado para que me brinden atención. También entiendo que el Hospital de la Universidad de Stony Brook University es una institución educativa, y es posible que estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social y de otras ramas observen o asistan en mi atención, bajo las indicaciones de mi médico u otros miembros del personal de este hospital.

5. **Fotografías/Videos/Grabaciones de Audio (Photographs/Video/Voice Recordings):** Antes de la publicación o la divulgación de las fotografías, videos o grabaciones de audio, aparte de como un componente de una videoconferencia de Telehealth, obtendremos su autorización por escrito, a menos que las imágenes o las grabaciones de audio no lo identifiquen o se hayan modificado de tal manera que no sea posible identificarlo. Antes de la publicación o la divulgación de las fotografías, videos o grabaciones de audio, aparte de como un componente de una videoconferencia de Telehealth, obtendremos su autorización por escrito, a menos que las imágenes o grabaciones de audio no lo identifiquen o se hayan modificado de tal manera que no sea posible identificarlo. Entiendo que los videos, fotografías o grabaciones de audio que se realicen para documentar mi atención médica son parte de mi historial médico y que aquellos que se hayan tomado con otros propósitos no lo son.

6. **Guías de Información (Information Guides):** Declaro que de acuerdo con lo dispuesto en las Pautas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, he recibido el folleto titulado *Lo que Debe Saber como Paciente.*

SAMPLE

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad (Privacy Acknowledgement)

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad (Privacy Acknowledgement): Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook y de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjuntas y que he recibido información sobre cómo el hospital y las entidades nombradas al comienzo de la notificación de confidencialidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi condición, y sobre cómo puedo obtener acceso a esta información y control sobre la misma. También reconozco y entiendo que puedo solicitar información adicional sobre protección de privacidad especial para otras áreas como información relacionada con el VIH, salud mental y asesoramiento genético. He recibido la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjunta en una fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

Divulgación de Información (Release of Information): Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número de seguro social, a compañías de seguro, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que al Hospital de la Universidad de Stony Brook le reembolsen los fondos correspondientes a mi atención. También entiendo que es posible que mi número de seguro social se entregue al Departamento de Salud del Estado de Nueva York de acuerdo con los requisitos de informe de incidentes y otros requisitos regulatorios hospitalarios del Estado de Nueva York, a los fabricantes de dispositivos médicos y a la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration / FDA) con el propósito de realizar el seguimiento de dispositivos médicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida, ya que entiendo que esto es necesario para tratar mi condición, obtener el pago para mi tratamiento y llevar a cabo las operaciones necesarias para el cuidado de mi salud.

Entiendo que la información anterior está protegida por el Reglamento Federal 42CFR, Parte 2, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Drogas y Alcohol del Paciente y no puede ser divulgada sin mi consentimiento escrito salvo que se disponga lo contrario en otros reglamentos. Entiendo que no es necesario que dé mi autorización para la Divulgación de Información para recibir los servicios de tratamiento y que lo hago por mi cuenta y voluntariamente por las razones proporcionadas anteriormente. Este consentimiento dejará de tener validez en doce (12) meses luego de la fecha, evento o condición indicada a continuación.

Entiendo que este consentimiento se puede anular en cualquier momento, salvo en la medida que se hayan tomado acciones en conformidad con este consentimiento.

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria y Cesión General (Release of Information to Primary Care Practitioner & Uniform Assignment)

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria (Release of Information to Primary Care) Practitioner: Autorizo al personal del Hospital de la Universidad de Stony Brook y de su Departamento de Emergencias a divulgar a mi médico de atención primaria (PCP) los datos de salud relacionados con esta intervención del Departamento de Emergencias a los efectos de la continuidad de mis cuidados de salud. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Cesión General (Uniform Assignment): Por la presente transfiero, cedo y traspaso al Hospital de la Universidad de Stony Brook / University Faculty Practice Corporations, suficientes fondos o beneficios que me correspondan de agencias gubernamentales, compañías de seguro u otros que sean responsables, desde el punto de vista financiero, de mi hospitalización y atención médica para cubrir los costos del cuidado y el tratamiento que me brindaron o a mi dependiente.

SAMPLE

Acuerdo Financiero / Garantía de Pago (Financial Agreement / Guarantee of Payment): Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago al Hospital de la Universidad de Stony Brook / University Faculty Practice Corporations por los cuidados y tratamientos del paciente cuyo nombre aparece en este formulario.

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor (que incluyen los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato de seguro y beneficios de salud del paciente.

Entiendo que el paciente es responsable de garantizar que se obtengan todas las autorizaciones y aprobaciones exigidas por su compañía de seguro. En caso de no obtener la aprobación previa en el momento requerido o de que se haya denegado la autorización, soy totalmente responsable por todos los cargos que no pague la compañía de seguro, según lo especificado en las disposiciones de mi contrato de seguros y en la medida permitida por la ley.

Entiendo que soy responsable de proporcionar información correcta al proveedor sobre: contactos, datos demográficos, seguro de salud y otra información pertinente solicitada para la facturación de los servicios del hospital / profesional y que debo notificar al proveedor a la brevedad posible sobre cualquier cambio en esta información. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor con el fin de facturar los cuidados y el tratamiento proporcionados.

Facturación del Hospital / Servicios Financieros: Stony Brook University Hospital: 631-444-4151
Stony Brook Southampton Hospital: 631-723-2160
Stony Brook Eastern Long Island Hospital: 631-477-5555

Números de contacto adicionales: Servicios del Plan de Gestión de Práctica Médica de Stony Brook (Médico tratante y hospitalario): 631-444-4800

Servicios de Facturación de Médicos de la Sala de Emergencias de Stony Brook Southampton: 1-855-691-9890

Servicios de Facturación de Médicos Hospitalarios de Stony Brook: 631-726-3172

Puede comunicarse con su médico o con el practicante hospitalario si tiene preguntas acerca de su factura del médico tratante y hospitalario.

CESIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE PARA PACIENTES DE MEDICARE (MEDICARE ASSIGNMENT OF BENEFITS FOR MEDICARE PATIENTS)

Cesión de Beneficios de Medicare (Medicare Assignment of Benefits): Certifico que la información por mí suministrada en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que cuente con información médica o de otro tipo acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o compañías de seguro, cualquier información necesaria para este o para cualquier reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre directamente al médico u organización que proporciona la atención médica. Cedo, transfiero y traspaso todos los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico o a la organización y los autorizo a presentar un reclamo ante Medicare para el pago.

SAMPLE

Consentimiento del Paciente para la Divulgación de Registros Médicos para Apelaciones Externas al Estado de Nueva York

(Patient Consent to the Release of Records for NYS External Appeal)

El paciente, el representante del paciente y el proveedor del paciente tienen derecho a una apelación externa de ciertas decisiones adversas tomadas por los planes de salud. En caso de solicitar una apelación externa, se requiere un consentimiento firmado y fechado por el paciente para la divulgación de registros médicos. Un agente de apelación externa designado por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York utilizará este consentimiento para obtener información médica del paciente a través del plan de salud y de los proveedores de servicios de salud del paciente. Junto con la solicitud de información médica, se proporcionará el nombre y domicilio del agente de apelación externa.

Autorizo a mi plan y a los proveedores de salud a revelar al agente de apelación externa todos los registros médicos o tratamientos pertinentes relacionados con este proceso de apelación externa, incluida información relacionada con VIH, información sobre los tratamientos de salud mental o información sobre tratamientos por abuso de alcohol o sustancias. Entiendo que el agente de apelación externa usará esta información únicamente para tomar una determinación con respecto a mi apelación y que la información se mantendrá con carácter confidencial y no se divulgará a ninguna otra persona.

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan dispuesto acciones en función del mismo, dirigiéndome por escrito al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Entiendo que mi plan de salud no podrá condicionar el tratamiento, la inscripción, la elegibilidad o el pago a mi firma de este formulario. Acepto que la determinación del agente de apelación externa será vinculante. Declaro que no iniciaré acciones legales contra el agente de apelación externa para que se revise la decisión tomada por el agente, estipulando sin embargo, que esto no limitará mi derecho a iniciar acciones legales contra él/ella por daños en casos de mala fe o negligencia grave, o mi derecho a iniciar acciones legales contra mi plan de salud.

N.º de identificación del plan de salud del paciente (Patient's Health Plan ID#)

X

Firma del paciente (o del representante)
Signature of Patient (or representative)

Hora
Time

Fecha
Date

He leído y entendido todo el documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento.

(I have read this entire document and I understand it. I have been given the chance to ask questions and understand that I may ask additional questions at any time).

También comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que el pago y la atención médica que recibo no resultarán afectados ni interrumpidos. Este establecimiento, los empleados, directivos y médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en el presente. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

X

Firma del paciente (o del representante)
Signature of Patient (or representative)

Relación (si quien firma no es el paciente)
Relationship (if other than patient)

Hora
Time

Fecha
Date

Nombre del testigo en letra de imprenta
Print Name of Witness

Cargo o relación con el paciente
Title or Relationship to Patient

X

Firma del testigo
Signature of Witness

Hora
Time

Fecha
Date

SAMPLE

Acuerdos para Prácticas Médicas

(Agreements for Physician Practices)

Acuerdo financiero/ Garantía de pago (Financial Agreement / Guarantee of Payment): Yo, el paciente o persona responsable que firma más abajo asumo la responsabilidad total por el pago al Hospital de la Universidad de Stony Brook/ University Faculty Practice Corporations por los cuidados y tratamientos del paciente cuyo nombre aparece en este formulario.

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor (incluyendo los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato de seguro y beneficios de salud del paciente.

Entiendo que el paciente es responsable de garantizar que se obtengan todas las autorizaciones y aprobaciones exigidas por su compañía de seguro. En caso de no obtener la aprobación previa en el momento requerido o de que se haya denegado la autorización, soy totalmente responsable por todos los cargos que no pague la compañía de seguro, según lo especificado en las disposiciones de mi contrato y en la medida permitida por la ley.

Entiendo que soy responsable de proporcionar información correcta al proveedor sobre: contacto, datos demográficos, seguro de salud y otra información pertinente solicitada para la facturación de los servicios del hospital /profesional y que debo notificar al proveedor a la brevedad sobre cualquier cambio. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor con el fin de facturar los cuidados y el tratamiento proporcionados.

Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre mis facturas, puedo llamar a los siguientes números:

- 631-444-4151 por Cuentas de pacientes/ Facturación del hospital
- 631-444-4800 por Atención médica

Divulgación de información (Release of Information): Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número de seguro social, a compañías de seguro, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que se reembolsen los fondos correspondientes a mi atención al Hospital de la Universidad de Stony Brook /University Faculty Practice Corporations. También entiendo que es posible que se entregue mi número de seguro social al Departamento de Salud del Estado de Nueva York de acuerdo con los requisitos de informe de incidentes y otros requisitos regulatorios hospitalarios del Estado de Nueva York, a los fabricantes de dispositivos médicos y a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration/FDA) con el propósito de realizar el seguimiento de dispositivos médicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida, ya que entiendo que esto es necesario para tratar mi condición, obtener el pago por mi tratamiento y llevar a cabo las operaciones necesarias para el cuidado de la salud.

Divulgación de información al médico de atención primaria y cesión general (Release of Information to Primary Care Provider & Uniform Assignment)

Divulgación de información al médico de atención primaria (Release of Information to Primary Care Provider): Autorizo al personal del Hospital de la Universidad de Stony Brook, de su Departamento de Emergencias y de University Faculty Practice Corporations a divulgar a mi médico de atención primaria (PCP) los datos de salud relacionados con esta intervención del Departamento de Emergencias a los efectos de la continuidad de mis cuidados de salud. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Cesión general (Uniform Assignment): Por la presente transfiero, cedo y traspaso al Hospital de la Universiddad de Stony Brook/ University Faculty Practice Corporations, suficientes fondos y/o beneficios que me correspondan de agencias gubernamentales, de compañías de seguro u otros que sean financieramente responsables de mi hospitalización y atención médica para cubrir los costos del cuidado y el tratamiento que me fueron brindados a mí o a mi dependiente.

SAMPLE

La siguiente sección corresponde SÓLO a pacientes de Medicare. Los pacientes que firman este formulario y tienen Beneficios de Medicare entienden que se incluye esta información para su firma.

(The following section ONLY pertains to Medicare patients. Patients signing this form who have Medicare Benefits understand that this information is included for their signature.)

MEDICARE

Cesión de beneficios de Medicare (Medicare Assignment of Benefits): Certifico que la información por mí suministrada en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que cuente con información médica o de otro tipo acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o compañías de seguro, cualquier información necesaria para este o para cualquier reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre directamente al médico u organización que proporciona los servicios. Cedo todos los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico o a la organización y los autorizo a presentar un reclamo ante Medicare en mi nombre.

SAMPLE

Aceptación de las prácticas de confidencialidad (Privacy Acknowledgement)

Aceptación de las prácticas de confidencialidad (Privacy Acknowledgement): Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook y de la Notificación de prácticas de confidencialidad conjuntas, y que he recibido información sobre cómo el hospital y las entidades nombradas al comienzo de la notificación de confidencialidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi condición, y sobre cómo puedo obtener acceso a esta información y control sobre la misma. También reconozco y entiendo que puedo solicitar información adicional sobre protección de privacidad especial para otras áreas, como información relacionada con el VIH, salud mental y asesoramiento genético. He recibido la Notificación de prácticas de confidencialidad conjuntas en el día de la fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

He leído y entendido todo el documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento.

(I have read this entire document and I understand it. I have been given the chance to ask questions and understand that I may ask additional questions at any time.)

También comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que el pago y la atención médica que recibo no resultarán afectados. Este establecimiento, los empleados, directivos y médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en la presente. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

X _____
Firma del paciente (o del representante)
Signature of Patient (or representative)

_____
Relación (si quien firma no es el paciente)
Relationship (if other than Patient)

_____
Hora
Time

_____
Fecha
Date

_____
Nombre del testigo en letra de imprenta
Print Name of Witness

_____
Cargo o relación con el paciente
Title or Relationship to Patient

X _____
Firma del testigo
Signature of Witness

_____
Hora
Time

_____
Fecha
Date

- ☐ Stony Brook Anaesthesiology, UFPC
- ☐ Stony Brook Children's Service, UFPC
- ☐ Stony Brook Dermatology Associates, UFPC
- ☐ Stony Brook Emergency Physicians, UFPC
- ☐ Stony Brook Family and Preventive Medicine Group, UFPC
- ☐ Stony Brook Internists, UFPC
- ☐ Neurology Associates of Stony Brook, UFPC
- ☐ New York Spine & Brain Surgery, UFPC
- ☐ University Associates in Obstetrics & Gynecology, UFPC
- ☐ Stony Brook Ophthalmology, UFPC
- ☐ Stony Brook Orthopaedic Associates, UFPC
- ☐ Stony Brook Pathologists, UFPC
- ☐ Stony Brook Psychiatric Associates, UFPC
- ☐ Stony Brook Radiation Oncology, UFPC
- ☐ Stony Brook Radiology, UFPC
- ☐ Stony Brook Surgical Associates, UFPC
- ☐ Stony Brook Urology, UFPC

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Un Mensaje Importante de Medicare

(An Important Message from Medicare)

Stony Brook University Hospital
Nicolls Road,
Stony Brook, NY 11794
631-689-8333

Nombre del paciente: _____ Número del paciente: _____

Sus derechos como paciente hospitalizado
(Your Rights as an Inpatient):

- Usted puede recibir los servicios que son cubiertos por Medicare. Estos incluyen los servicios hospitalarios que sean necesarios por razones médicas y los servicios que podría necesitar luego de ser dado de alta, siempre y cuando los servicios sean ordenados por su médico. Usted tiene derecho a enterarse de estos servicios, quién los pagará, y dónde podrá obtenerlos.
- Usted puede participar en toda decisión relativa a su hospitalización.
- Usted puede informar sus preocupaciones relativas a la calidad de la atención que recibe a su QIO en: **Livanta – Telephone (English and Spanish): 1-866-815-5440, TTY (English and Spanish): 1-866-868-2289.** La QIO es el revisor independiente que Medicare autoriza para revisar la decisión de darle de alta.
- Usted puede trabajar con el hospital para prepararse para la alta de manera segura y organizar los servicios que podría necesitar luego de salir del hospital. Cuando usted ya no necesita atención hospitalaria como paciente internado, su médico o el personal del hospital le informará de la fecha prevista para su alta.
- Usted puede hablar con su médico u otro personal del hospital si tiene inquietudes sobre su alta.

Su derecho de apelar el alta del hospital
(Your Right to Appeal Your Discharge):

- Usted tiene derecho a una revisión (apelación) médica independiente e inmediata de la decisión de darle de alta. Si usted la hace, no tendrá que pagar por los servicios que recibe durante la apelación (salvo los cargos como copagos y deducibles).
- Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor además examinará sus expedientes médicos y/u otra información relevante. Usted no tendrá que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si desea.
- Si decide apelar, usted y el revisor recibirán una copia de la explicación detallada indicando los motivos por los cuales la cobertura de la hospitalización no debería continuar. Usted recibirá este aviso detallado solamente después de solicitar la apelación.
- Si la QIO determina que usted no está en condiciones para ser dado de alta, Medicare seguirá cubriendo los servicios hospitalarios.
- Si la QIO está de acuerdo en que los servicios no deberían ser cubiertos más allá de la fecha del alta, ni medicare ni su plan de salud de Medicare pagará por su hospitalización después del mediodía del día en que la QIO le notifica de su decisión. Si usted pone fin a los servicios antes de dicho momento, evitará la responsabilidad económica.
- Si usted no apela, podría tener que pagar por los servicios que reciba más allá de la fecha del alta.

Vea la página 2 de este aviso para más información.
(See page 2 of this notice for more information.)

SAMPLE

Cómo solicitar una apelación del alta del hospital
(How to Appeal Your Discharge):

- Usted deberá presentar su solicitud a la QIO indicada arriba.
- Deberá hacer su solicitud de apelación lo antes posible, pero en la fecha prevista para el alta y antes de salir del hospital, a más tardar.
- La QIO le notificará de su decisión lo antes posible; por lo general, será un máximo de 1 día después de haber recibido toda la información necesaria.
- Llame a la QIO: **Livanta – Telephone (English and Spanish): 1-866-815-5440, TTY (English and Spanish): 1-866-868-2289** para apelar o si tiene preguntas.

Si usted pierde la fecha límite para solicitar la apelación, es posible que tenga otros derechos de apelación
(If You Miss the Deadline to Appeal, You May Have Other Appeal Rights):

- Si usted tiene Medicare Original: Llame a la QIO indicada en la Página 1.
- Si tiene un plan de salud de Medicare: Llame a su plan al: _____

Para más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o para TTY: 1-877-486-2048. CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov

Información adicional (Opcional)
(Additional Information (Optional):

Para hablar con alguien del Hospital de la Universidad de Stony Brook sobre este aviso, por favor llame al Departamento de Administración de la Atención al 631-444-2552.

(To speak to someone at Stony Brook University Hospital about this notice, please call our Care Management Department at 631-444-2552.)

Nombre del hospital (Hospital Name)	Número de ID del proveedor (Provider ID Number)
Stony Brook University Hospital	330393
Stony Brook University Hospital Psychiatry	33S393

Firme abajo para indicar que usted ha recibido y entendido este aviso.
(Sign below to show you received and understand this notice.)

Se me notificó de mis derechos como paciente hospitalizado y que podré comunicarme con mi QIO para apelar el alta. (I was informed of my rights as an inpatient and that I'll be able to contact my QIO to appeal my discharge.)

X _____ _____ _____

Firma del paciente o representante / Signature of Patient or Representative — Fecha / Date — Tiempo / Time

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0692. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Formulario CMS 10065-IM (Exp. 12/31/2022) Aprobación de OMB 0938-1019

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Días de Reserva de por Vida de Medicare
Formulario de Elección de Días

Días de reserva de por vida de Medicare: Después de utilizar la cobertura original de Medicare de hasta 90 días (días completos de hospital y días parciales de hospital) en un hospital por período de beneficios, Medicare ofrece 60 días adicionales de cobertura (días de reserva de por vida). Estos 60 días de reserva de por vida se pueden utilizar solamente una vez en el tiempo de vida de un paciente y no se deben aplicar necesariamente a una misma estadía hospitalaria.

Cada beneficiario de Medicare tiene sesenta (60) días adicionales de reserva de por vida para hacer uso de los servicios para pacientes hospitalizados luego de haber utilizado servicios para pacientes hospitalizados durante noventa (90) días en un período de enfermedad. Medicare pagará al hospital por estos días adicionales luego de que se hayan acabado los 90 días de beneficio, a menos que la persona elija que Medicare no realice dicho pago (para guardar sus días de reserva para otra ocasión). Durante este período, se aplica un pago de coseguro del cual el paciente es responsable, a menos que cuente con una cobertura médica complementaria que cubra dicho copago.

Sí Elijo usar mis días de reserva de por vida ☐ **No** Elijo no usar mis días de reserva de por vida ☐

Nota para los pacientes: Dentro de los 5 días siguientes a la fecha en que se agotan los beneficios de la Parte A, usted tiene derecho a elegir NO usar sus días de reserva de por vida.

Tengo derecho a retractarme de mi elección hasta 90 días después del alta hospitalaria contactándome con Cuentas del Paciente al (631) 444-4151 o con Servicios Financieros al (631) 444-7332.

X _____ _____ _____ _____
Firma del paciente (o del representante autorizado) | Relación (si quien firma no es el paciente) | Hora | Fecha

_____ _____
Nombre del testigo en letra de imprenta | Cargo o relación con el paciente

X _____ _____ _____
Firma del testigo | Hora | Fecha

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Formulario de Asignación de Beneficios de la Ley de Seguros Sin Adjudicación de Culpa para Vehículos Motorizados de Nueva York

(New York Motor Vehicle No-Fault Insurance Law Assignment of Benefits Form)

Yo, _____, ("Cedente") por la presente cedo a _____ ("Cesionario")
(Nombre del paciente en letra de imprenta) *(Print patient's name)* — *(Nombre del hospital o proveedor de salud en letra de imprenta)* *(Print hospital or healthcare provider name)*

todos los derechos, privilegios y recursos para el pago de los servicios de atención de la salud brindados por el Cesionario, a los cuales tengo derecho conforme al artículo 51 (cláusula de no adjudicación de culpa) de la Ley de Seguros.

Por la presente, el Cesionario declara no haber recibido ningún pago por parte del Cedente o en su nombre, y que no reclamará pagos directamente al Cedente por los servicios que brindó el Cesionario por las lesiones producidas debido al accidente automovilístico ocurrido el _____, no obstante cualquier acuerdo previo por escrito que estipule lo contrario.
(Fecha del accidente en letra de imprenta) *(Print accident date)*

El Cesionario puede revocar este acuerdo cuando los beneficios no son pagaderos a causa de falta de cobertura del Cedente o de acciones o conducta del Cedente que resulten violatorias de una condición de la póliza.

TODA PERSONA QUE, DE FORMA DELIBERADA Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGURO U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN O UN RECLAMO POR CUALQUIER BENEFICIO DE SEGURO QUE INCLUYA INFORMACIÓN FALSA O QUE OCULTE INFORMACIÓN RELACIONADA CON UN HECHO SUSTANCIAL CON FINES ENGAÑOSOS COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y, POR LO TANTO, QUEDARÁ SUJETA A UNA SANCIÓN CIVIL QUE NO SUPERARÁ LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR DECLARADO DEL RECLAMO POR CADA VIOLACIÓN.

X _____
Firma del paciente (o del representante autorizado)
Signature of Patient (or representative)

_____
Relación (si quien firma no es el paciente)
Relationship (if other than patient)

_____
Hora
Time

_____
Fecha
Date

_____
Nombre del testigo en letra de imprenta
Print Name of Witness

_____
Cargo o relación con el paciente
Title or Relationship to Patient

X _____
Firma del testigo
Signature of Witness

_____
Hora
Time

_____
Fecha
Date

Stony Brook University Hospital
Stony Brook Anaesthesiology, UFPC
Stony Brook Children's Service, UFPC
Stony Brook Dermatology Associates, UFPC
Stony Brook Emergency Physicians, UFPC
Stony Brook Family and Preventive Medicine Group, UFPC
Stony Brook Internists, UFPC
Neurology Associates of Stony Brook, UFPC
New York Spine & Brain Surgery, UFPC
Stony Brook Radiation Oncology, UFPC
Stony Brook Ophthalmology, UFPC
Stony Brook Orthopaedics Associates, UFPC
Stony Brook Pathologists, UFPC
Stony Brook Psychiatric Associates, UFPC
Stony Brook Radiology, UFPC
Stony Brook Surgical Associates, UFPC
Stony Brook Urology, UFPC
University Associates in Obstetrics and Gynecology, UFPC

_____
Nombre del proveedor en letra de imprenta
Print name of Provider

X _____
Firma del proveedor
Signature of Provider

_____
Fecha de la firma
Date of Signature

Dirección: _____
Address _____

_____
Hora de la firma
Time of Signature

AD2N546 (9/19)

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Formulario de Consentimiento

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Office of Mental Health | PSYCKES

STONY BROOK UNIVERSITY HOSPITAL
Nombre del proveedor/institución

Acerca de PSYCKES

La Oficina de Salud Mental del Estado de New York mantiene el Sistema de Mejora de Servicios Psiquiátricos y Clínicos (PSYCKES, por sus siglas en inglés). Esta base de datos en línea almacena una parte de su historia clínica y otra información sobre su salud. Puede ayudarles a sus proveedores de servicios de salud a prestarle la atención correcta cuando la necesite.

La información de PSYCKES proviene de sus registros médicos de la base de datos de Medicaid del Estado de NY y de otras fuentes. Visite **www.psyckes.org**, y oprima **About PSYCKES (Acerca de PSYCKES)**, para ver más información sobre el programa y de dónde provienen sus datos.

Estos datos incluyen:

- Su nombre, fecha de nacimiento, dirección y otros datos que lo identifican;
- Sus servicios de salud pagados por Medicaid;
- Su historial de servicios de salud, como las enfermedades y lesiones tratadas, los resultados de estudios y sus medicamentos;
- Más información que usted o sus proveedores de servicios de salud capturan en el sistema, como un plan de seguridad sanitaria.

Lo que debe hacer

Su información es confidencial, lo que significa que otras personas necesitan permiso para verla. Llene este formulario ahora o en cualquier momento si desea otorgar o negar a sus proveedores el acceso a sus registros. Lo que decida no afectará su derecho a la atención médica y a la cobertura de seguro de salud.

Lea el reverso de esta página detenidamente antes de marcar una de las casillas siguientes.
Elija:

- "OTORGO MI CONSENTIMIENTO" si quiere que este proveedor, y los miembros de su personal que participan en su atención, puedan ver su información en PSYCKES.
- "NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO" si no quiere que la vean.

Si no otorga su consentimiento, habrá algunas ocasiones en las que este proveedor podría ver su información médica en PSYCKES, o recibirla de otro proveedor, cuando las leyes y normas estatales y federales lo permitan.[1] Por ejemplo, si Medicaid tiene alguna inquietud sobre la calidad de sus servicios de salud, su proveedor puede recibir acceso a PSYCKES para ayudarle a determinar si usted está recibiendo la atención correcta en el momento correcto.

Su decisión. *Marque solamente 1 casilla.*

◯ **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que el proveedor, así como su personal que participa en mi atención, obtengan acceso a mi información médica para mis servicios de salud.

◯ **NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que este proveedor obtenga acceso a mi información médica, pero entiendo que podría verla cuando las leyes y normas federales y estatales lo permitan.

Nombre del paciente en letra de molde _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Número de ID de Medicaid del paciente _____

X _____ Firma del paciente o de su representante legal _____ Hora _____ Fecha _____

Nombre del representante legal en letra de molde (si lo tiene) _____ Relación del representante legal y el paciente (si lo tiene) _____

1 Las leyes y normas incluyen la Sección 33.13 de la Ley de Higiene Mental de NY, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de NY y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo a 42 CFR Parte 2 y a 45 CFR Partes 160 y 164 (también conocidas como "HIPAA").

AD2C637 (12/19)

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Información y Consentimiento

1 **Cómo pueden los proveedores usar su información médica.** Solamente pueden usarla para:

- Brindar tratamiento médico, coordinación de la atención y servicios relacionados.
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica.
- Notificar a sus proveedores de tratamiento en caso de emergencia (por ejemplo, si usted acude a la sala de emergencias).

2 **A qué información tienen acceso.** Si usted otorga su consentimiento, *Stony Brook University Hospital* puede ver TODA su información médica en PSYCKES. Esta puede incluir información de sus registros médicos, como enfermedades o lesiones (por ejemplo, diabetes o un hueso fracturado), resultados de análisis (radiografías, análisis de sangre o estudios de detección), resultados de evaluaciones y medicamentos. Puede incluir planes de atención, planes información también puede relacionarse con trastornos médicos delicados que incluyen, entre otros:

- Trastornos de salud mental
- Consumo de drogas o alcohol
- Anticonceptivos y abortos (planificación familiar)
- Enfermedades y pruebas genéticas (hereditarias)
- VIH/sida
- Enfermedades de transmisión sexual

3 **De dónde proviene la información** Todos sus servicios de salud pagados por Medicaid formarán parte de su expediente. También los servicios que reciba de un centro psiquiátrico operado por el estado. Parte de la información de sus registros médicos, pero no toda ella, se almacena en PSYCKES, al igual que los datos que capturen usted y su médico. Sus registros en línea incluyen su información médica de otras bases de datos del Estado de NY, y pueden añadirse nuevas bases de datos. Para ver la lista actual de fuentes de datos y más información sobre PSYCKES, visite: www.psyckes.org y vea “About PSYCKES” (Acerca de PSYCKES), o pídale a su proveedor que le imprima la lista.

4 **Quiénes pueden acceder a su información, con su consentimiento.** Los médicos de *Stony Brook University Hospital* y otros miembros del personal que participan en su atención, así como los proveedores de servicios de salud que cubren o están de guardia en *Stony Brook University Hospital*. Los miembros del personal que desempeñen las funciones descritas en el punto 1 también pueden acceder a su información.

5 **Acceso o uso inapropiado de su información.** Hay sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información médica de PSYCKES. Si en cualquier momento sospecha que alguien ha visto o consultado su información cuando no debería haberlo hecho, llame a:

- Oficina de privacidad de *HIPAA al 631-444-5796*, o a
- Relaciones con Clientes de la Oficina de Salud Mental del Estado de NY al **800-597-8481.**

6 **Compartir su información.** *Stony Brook University Hospital* puede compartir su información médica con otros solamente cuando las leyes y normas federales o estatales lo permitan. Esto se aplica a la información médica en forma electrónica o impresa. Algunas leyes estatales y federales también contemplan protecciones adicionales y requisitos adicionales para divulgar información médica delicada, como tratamientos contra VIH/sida o para drogas y alcohol.[1]

7 **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento tendrá una vigencia de 3 años desde la última fecha en que usted recibió servicios de *Stony Brook University Hospital*, o hasta el día en que usted retire su consentimiento, lo que ocurra primero.

8 **Retiro de su consentimiento.** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento, formando y enviando un formulario de retiro de consentimiento a *Stony Brook University Hospital*. También puede cambiar sus opciones de consentimiento si firma un nuevo formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en **www.psyckes.org** o pedirlos a su proveedor llamando a *Centro de llamadas de preinscripción al 631-444-1870*. Tome en cuenta que los proveedores que reciban su información médica de *Stony Brook University Hospital* mientras este formulario de consentimiento está vigente pueden copiar o incluir su información en sus registros médicos. Si usted retira su consentimiento, no tienen que devolver la información ni retirarla de sus registros.

9 **Copia del formulario.** Usted puede recibir una copia de este formulario de consentimiento después de que to firme.

[1] Las leyes y normas incluyen la Sección 33.13 de la Ley de Higiene Mental de NY, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de NY y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo a 42 CFR Parte 2 y a 45 CFR Partes 160 y 164 (también conocidas como “HIPAA”).

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Formulario de Retiro del Consentimiento

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Office of Mental Health | PSYCKES

STONY BROOK UNIVERSITY HOSPITAL
Nombre del proveedor/institución

Lo que debe saber

Usted previamente firmó un formulario de consentimiento, otorgando a este proveedor de servicios de salud su permiso para acceder a su información de Medicaid y a otra información disponible en la base de datos en línea del Sistema de Mejora de Servicios Psiquiátricos y Clínicos (PSYCKES, por sus siglas en inglés).

Debe llenar y firmar este formulario de retiro del consentimiento si ya no quiere que este proveedor, y los miembros de su personal que participan en su atención, puedan ver su información. Cuando llene, firme y les entregue este formulario:

1. Este proveedor de servicios de salud no podrá consultar su información médica a través de PSYCKES. Las excepciones son:
   - en caso de emergencia, o
   - cuando las leyes y normas de confidencialidad a nivel federal y estatal lo permitan. Por ejemplo, si Medicaid tiene alguna inquietud sobre la calidad de sus servicios de salud, su proveedor puede recibir acceso a PSYCKES para ayudarle a determinar si usted está recibiendo la atención correcta en el momento correcto[1].
2. Su proveedor podría obtener acceso a su información médica por otros medios. Por ejemplo, las mismas leyes y normas podrían permitirle obtener la información necesaria para tratarlo de otro proveedor.
3. Este retiro del consentimiento no afectará a la información médica compartida mientras su consentimiento estaba en vigor.
4. Su acceso a la atención médica y a la cobertura de seguro de salud no cambiarán porgue usted retire su consentimiento. Sus proveedores de servicios de salud presentarán reclamaciones a su aseguradora por los servicios que usted reciba.
5. Usted puede llenar un nuevo formulario de consentimiento de PSYCKES en cualquier momento. Su proveedor tiene formularios disponibles, y una vez que los llene y firme deberá entregarlos a su proveedor.
6. Usted recibirá una copia de este formulario cuando lo firme y entregue.

Lo que debe hacer

Proporcione la información que se solicita a continuación y entregue este formulario a su proveedor.

Nombre del paciente en letra de molde _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Número de ID de Medicaid del paciente _____

X _____ Firma del paciente o de su representante legal _____ Hora _____ Fecha _____

Nombre del representante legal en letra de molde (si lo tiene) _____ Relación del representante legal y el paciente (si lo tiene) _____

1 Las leyes y normas incluyen la Sección 33.13 de la Ley de Higiene Mental de NY, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de NY y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo a 42 CFR Parte 2 y a 45 CFR Partes 160 y 164 (también conocidas como “HIPAA”).

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Consentimiento para la participación en el NYSIIS para personas de 19 años de edad en adelante

El Sistema de Información de Vacunación del Estado de Nueva York (New York State Immunization Information System, NYSIIS) es un sistema computarizado y confidencial que contiene registros de vacunación de la población y les permite a usuarios autorizados acceder a ellos. Leyes federales y estatales estrictas protegen la privacidad de la información personal que se encuentra en el sistema. Los beneficios de participar en el NYSIIS son:

- Su proveedor de atención médica puede utilizar el NYSIIS para asegurarse de que usted reciba las vacunas necesarias y el tratamiento médico adecuado cuando así lo requiera.
- Se trata de un registro permanente de sus vacunas al que se puede acceder fácilmente.

La participación en el NYSIIS para personas de 19 años de edad en adelante es voluntaria, por lo que es necesario que dé su consentimiento. Si desea hacerlo, lea detalladamente el consentimiento que se encuentra a continuación y firme en el espacio proporcionado para tal fin. Para obtener información adicional sobre este consentimiento, llame al (518) 473-2839.

Otorgo mi consentimiento para que _____ (nombre del médico o de la organización) publique información que me identifique y sobre mi vacunación en el Sistema de Información de Vacunación del Estado de Nueva York (NYSIIS). Comprendo que el objetivo del NYSIIS es ayudar en mi atención médica y registrar las vacunas que he recibido o que recibiré en el futuro. Posiblemente el Departamento de Salud utilice la información sobre mi vacunación a los fines de mejorar la calidad, hacer investigación epidemiológica y controlar enfermedades. A la información utilizada para mejorar la calidad o con fines de investigación se le quitarán los datos que me identifiquen.

La información sobre vacunación en el NYSIIS puede divulgarse a las siguiente personas u organizaciones: a mí mismo, mi plan de seguro médico, los departamentos de salud estatales y locales, la escuela en la que estoy inscrito para asistir, y a proveedores médicos autorizados que me presten atención médica.

Comprendo que no habrá ningún efecto en mi tratamiento, pago o inscripción en beneficios en caso de que decida no inscribirme en el NYSIIS. Este consentimiento puede retirarse en cualquier momento mediante el formulario proporcionado. Si más adelante decido retirar mi consentimiento, la información sobre vacunación recibida por el NYSIIS con mi consentimiento permanecerá en el NYSIIS. Sin embargo, no se registrarán las vacunas posteriores en el NYSIIS.

_____ Nombre en letra de imprenta

_____ Fecha de nacimiento

X _____ Firma

_____ Fecha

SAMPLE

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Retiro de consentimiento de participación en NYSIIS para personas mayores de 19 años

Mediante el presente retiro mi consentimiento para incluir mi información personal y sobre mis inmunizaciones en el Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYSIIS). Entiendo que los registros de inmunizaciones que NYSIIS recibió con mi consentimiento permanecerán registrados allí; sin embargo, no se registrarán en NYSIIS las inmunizaciones que reciba en el futuro.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

_____

X _____
Firma

Envíe este formulario lleno a: Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York
Departamento de Salud del Estado de Nueva York
Corning Tower, Room 678
Albany, NY 12237

SAMPLE

IIIa. Servicios de Observación

Comprensión de Sus Derechos y Estado como Paciente Internado u Paciente de Observación

Cuando presenta necesidades de salud que lo hacen acudir a Stony Brook University Hospital, probablemente una de las últimas cosas en las que piense sea, ¿"Me facturarán como paciente hospitalizado o ambulatorio?" Sí, es importante que sepa cuál es su estatus porque esto afecta el monto de dinero que debe pagar de su propio bolsillo por los servicios hospitalarios. Y si tiene Medicare o Medicaid, las pautas difieren de aquellas para pacientes con cobertura de seguro comercial o cobertura de un plan de salud.

La información que figura a continuación tiene el objetivo de:

- Ayudarlo a comprender la diferente terminología con la que se encontrará mientras se encuentre "en observación".
- Explicarle sus derechos.
- Responder preguntas acerca de a quién llamar y qué preguntar.

Para todos aquellos pacientes que ***no*** estén cubiertos por Medicare

¿Me consideran un paciente hospitalizado o ambulatorio?

Usted es un **paciente hospitalizado** desde el día en que es formalmente admitido al hospital con la orden de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día como paciente hospitalizado.

Usted es un **paciente ambulatorio** si está recibiendo servicios del Departamento de Emergencias (ED), servicios de observación, cirugía ambulatoria o análisis de laboratorio y radiografías, y el médico no le ha dado una orden formal por escrito para que lo "admitan" en el hospital como paciente hospitalizado. En estos casos, usted es un paciente ambulatorio aunque haya pasado la noche en el hospital.

Nota: Los servicios de observación son servicios ambulatorios del hospital que le permiten al médico decidir si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Los servicios de observación se pueden prestar en el

Departamento de Emergencias o en cualquier otra área del hospital.

Por lo general, ¿qué tipo de condiciones médicas requieren servicios de observación?

Por lo general, los servicios de observación se indican para condiciones médicas que se pueden tratar en 48 horas o menos, o cuando todavía no se ha determinado la causa de los síntomas. Algunos ejemplos son, náuseas, vómitos, debilidad, dolor estomacal, dolor de cabeza, cálculos en los riñones, fiebre, ciertos problemas respiratorios y ciertos tipos de dolor de pecho.

Dentro de las primeras 48 horas de su estadía, el médico decidirá si usted requiere hospitalización o si puede recibir el alta para recibir atención en otro lugar. Si su cuadro médico requiere cuidados intensivos para pacientes hospitalizados,

el médico le dará una orden formal por escrito para cambiar su estatus como paciente ambulatorio en observación a una admisión como paciente hospitalizado.

Si permanece en el hospital por más de unas horas, pregunte a su médico o al personal del hospital si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio.

Como el seguro y los planes de salud usualmente pagan diferentes montos por servicios cubiertos prestados como "paciente hospitalizado" o como "paciente ambulatorio", sus costos de bolsillo pueden variar dependiendo de su estatus. ¿Cómo puede averiguarlo?

Para obtener información confiable, llame a su compañía de seguros o al administrador del plan de salud. El número de teléfono de su compañía de seguro de salud o del administrador del plan de salud deben figurar en el reverso de su tarjeta de identificación del seguro.

Algunas preguntas útiles para hacerle a su compañía de seguros o al administrador del plan de salud:

Para Pacientes Hospitalizados

- ¿Qué deducible se aplicará a mi caso (si corresponde aplicar alguno)? ¿Ya alcancé algo de mi deducible o todo?
- ¿Cuál es el copago que debo pagar por esta admisión?
- ¿Cubrirán las facturas del médico? ¿Cuánto deberé pagar de mi propio bolsillo?
- ¿Mi plan cubrirá todas las recetas que me den en el hospital? ¿Qué parte de los costos de bolsillo debo pagar?
- ¿Cubrirán todos los exámenes que realice? ¿Cuál es el monto de la parte de los costos de bolsillo que debo pagar?

Para Pacientes Ambulatorios

(Si se encuentra bajo el estatus de paciente en observación, infórmelo).

- ¿Qué deducible se aplicará a mi caso (si corresponde aplicar alguno)? ¿Ya alcancé algo de mi deducible o todo?
- ¿Cuál es el copago que debo pagar por estos servicios?
- ¿Cubrirán las facturas del médico? ¿Cuánto deberé pagar de mi propio bolsillo?
- ¿Mi plan cubrirá todas las recetas que me den en el hospital?
- ¿Qué parte de los costos de bolsillo debo pagar?
- ¿Cubrirán todos los exámenes que realice? ¿Cuál es el monto de mis costos de bolsillo?

Para pacientes con Medicare

¿Se encuentra usted como paciente hospitalizado o paciente ambulatorio? Si tiene Medicare ¡Pregunte!

¿Sabía que por más que pase la noche en el hospital, es posible que se le considere aún como un "paciente ambulatorio"? Su **estatus hospitalario** (si el hospital lo considera un "paciente hospitalizado" o un "paciente ambulatorio") determina lo que **usted paga** por servicios de hospital (como radiografías, medicamentos y análisis de laboratorio) y también puede determinar si Medicare cubrirá la atención que reciba en un centro de cuidados especializados (SNF) después de su hospitalización

- Usted es un **paciente hospitalizado** desde el día en que es formalmente admitido al hospital con una orden del médico. El día **anterior** a que reciba el alta es su último día como paciente hospitalizado.

- Usted es un **paciente ambulatorio** si está recibiendo servicios del Departamento de Emergencias (ED), servicios de observación, cirugía ambulatoria o análisis de laboratorio, radiografías o cualquier otro servicio del hospital, siempre que el médico **no haya** dado una orden por escrito para que el hospital lo admita como paciente hospitalizado. En estos casos, usted es un paciente ambulatorio aunque haya pasado la noche en el hospital.

Nota: Los servicios de observación son servicios ambulatorios del hospital que le permiten al médico decidir si el paciente necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Los servicios de observación se pueden prestar en el Departamento de Emergencias o cualquier otra área del hospital.

La decisión sobre la admisión de un paciente para hospitalización es una decisión médica compleja basada en el criterio de su médico y la necesidad de atención hospitalaria que usted presente. Generalmente, la admisión como paciente hospitalizado es adecuada cuando se prevé que necesitará 2 o más noches de atención hospitalaria, su médico debe ordenar dicha admisión y el hospital lo debe admitir formalmente para que sea un paciente hospitalizado.

Continúe leyendo para comprender las diferencias entre pacientes hospitalizados y ambulatorios para la cobertura de Original Medicare, y cómo se aplican estas mismas reglas a algunas situaciones comunes. Si tiene un plan de Medicare Advantage (como una HMO o una PPO), es posible que sus costos y su cobertura sean diferentes. Consulte a su plan.

¿Qué debo pagar como paciente hospitalizado?

- Medicare Parte A (seguro de hospital) cubre los servicios de hospital para pacientes hospitalizados. En términos generales, esto significa que el paciente debe pagar un deducible por única vez para todos los servicios de hospital prestados los primeros 60 días de hospitalización.
- Medicare Parte B (seguro médico) cubre la mayoría de los servicios prestados por un médico a pacientes ambulatorios. Después de pagar el deducible de la Parte B, usted debe pagar el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios médicos.

¿Qué debo pagar como paciente ambulatorio?

- La Parte B cubre servicios de hospital para pacientes ambulatorios. En términos generales, esto significa que usted debe pagar un copago por cada uno de los servicios ambulatorios prestados por el hospital. Es posible que este monto varíe según el servicio.

  Nota: El copago correspondiente a un solo servicio ambulatorio de hospital no puede ser más alto que el deducible por servicios de hospitalización. Sin embargo, es posible que el total de copagos que deba pagar por todos los servicios ambulatorios supere el deducible por hospitalización.
- La Parte B también cubre la mayoría de los servicios prestados por un médico a pacientes ambulatorios. Después de pagar el deducible de la Parte B, usted debe pagar el 20% del monto aprobado por Medicare.
- En general, los medicamentos de venta bajo receta y de venta libre que usted recibe en un centro ambulatorio (como el departamento de emergencias), que a veces se denominan "medicamentos autoadministrados", no están cubiertos por la Parte B. También, por razones de seguridad, muchos hospitales tienen políticas que no permiten a los pacientes traer recetas u otros medicamentos del hogar. Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), es posible que se cubran estos medicamentos en algunas circunstancias. Es posible que deba pagar el costo de estos medicamentos de su propio bolsillo y luego deba presentar un reclamo a su plan de medicamentos para obtener un reembolso.
- Llame a su plan de medicamentos para obtener más información.

Para obtener información más detallada sobre cómo cubre Medicare los servicios de hospital, incluyendo primas, deducibles y copagos, visite **Medicare.gov/publication**s para consultar el manual "Medicare y usted".
También puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

A continuación, ejemplificamos con algunas situaciones comunes y una descripción de lo que paga Medicare en cada caso. Recuerde que usted debe pagar deducibles, coseguro y copagos.

Situación	Paciente hospitalizado o paciente ambulatorio	La Parte A paga	La Parte B paga
Usted se encuentra en el Departamento de Emergencias (ED) (conocido también como sala de emergencias o ER) y luego es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico.	Es un paciente ambulatorio hasta que es admitido formalmente como paciente hospitalizado en virtud de la orden del médico. Es un paciente hospitalizado luego de recibir dicha admisión.	Su internación como paciente hospitalizado	Sus servicios médicos
Visita el Departamento de Emergencias y lo remitan a la unidad de cuidados intensivos (ICU) para realizar un control estricto. Sus médicos prevén que regresará a su hogar la mañana siguiente, salvo que su cuadro empeore. Su cuadro mejora y recibe el alta para regresar a su hogar al día siguiente.	Pacientes ambulatorios	Nada	Sus servicios médicos
Visita el Departamento de Emergencias con dolor en el pecho y se queda en el hospital durante 2 noches. Pasa una noche en observación y el segundo día el médico le da una orden por escrito para que reciba la admisión hospitalaria.	Es un paciente ambulatorio hasta que es admitido formalmente como paciente hospitalizado en virtud de la orden del médico. Es un paciente hospitalizado luego de recibir dicha admisión.	Su internación como paciente hospitalizado	Los servicios del médico y los servicios ambulatorios del hospital (por ej., la visita al ED, los servicios de observación, los análisis de laboratorio y los electrocardiogramas)
Se presenta en el hospital para que le realicen una cirugía ambulatoria, pero le piden que se quede toda la noche debido a presión arterial alta. Su médico no le da una orden para que lo admitan como paciente hospitalizado. Regresa a su hogar al día siguiente.	Pacientes ambulatorios	Nada	Los servicios del médico y los servicios ambulatorios del hospital (por ej., la cirugía, los análisis de laboratorio o los medicamentos intravenosos)
Su médico le da una orden para que lo admitan como paciente hospitalizado y, luego, el hospital le comunica que su estatus ha cambiado a paciente ambulatorio. Su médico debe estar de acuerdo, y el hospital debe informarle a usted por escrito, mientras todavía se encuentra en el hospital y antes de que reciba el alta, que ha cambiado su estatus.	Pacientes ambulatorios	Nada	Los servicios del médico y los servicios ambulatorios del hospital

RECUERDE: *Incluso aunque pase toda la noche en una cama de hospital, es posible que usted sea considerado un paciente ambulatorio. Consulte al médico o al hospital.*

¿Cómo mi estatus hospitalario determina la forma en que Medicare cubre la atención recibida en un centro de cuidados especializados (SNF)?

Medicare sólo cubrirá la atención recibida en un SNF si usted tuvo previamente una "estadía hospitalaria que reúna los requisitos necesarios".

- Para que dicha estadía reúna los requisitos usted debe haber sido un **paciente hospitalizado (fue formalmente admitido al hospital luego de que su médico le diera una orden para admisión hospitalaria)** por 3 días consecutivos como mínimo (contando el día en que fue admitido como paciente hospitalizado, pero sin contar el día en que recibió el alta).
- Si usted no estuvo hospitalizado durante 3 días y necesita atención médica luego de recibir el alta, pregunte si puede recibir atención en otros lugares (como atención de la salud en el hogar) o si algún otro programa (como Medicaid o los Beneficios de veteranos) pueden cubrir su atención en un SNF. **Siempre pregúntele a su médico o al personal del hospital si Medicare cubrirá su estadía en un SNF.**

¿Cómo afectan los servicios de observación del hospital la cobertura de mi atención en un SNF?

Su médico puede ordenar "servicios de observación" que lo ayudan a decidir si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Mientras recibe servicios de observación en el hospital, se lo considera un paciente ambulatorio. **Esto significa que usted no puede contar este tiempo como parte de los 3 días de estadía en el hospital necesarios para que Medicare cubra su atención en un SNF.**

Para obtener más información acerca de cómo Medicare cubre la atención en un SNF, visite Medicare.gov/publications y consulte el folleto "Cobertura de atención en centros de cuidados especializados de Medicare".

A continuación, se describen algunas situaciones comunes que pueden determinar la cobertura de su atención en un SNF:

Situación	¿Se cubre mi estadía en un centro SNF?
Llega al Departamento de Emergencias y se lo admite formalmente como paciente hospitalizado con la orden de un médico por un período de 3 días. El cuarto día recibe el alta hospitalaria.	Sí. Porque su estadía cumple con el requisito de 3 días de hospitalización para que se cubra la atención en un SNF.
Llega al Departamento de Emergencias y recibe servicios de observación durante un día. Luego, es formalmente admitido como paciente hospitalizado durante 2 días más.	No. Aunque haya permanecido 3 días en el hospital, se lo consideró paciente ambulatorio mientras recibió atención en el ED y servicios de observación. Estos días no cuentan para reunir los 3 días de hospitalización requeridos.

RECUERDE: *Todos los días que permanezca en el hospital como paciente ambulatorio (antes de ser admitido formalmente como paciente hospitalizado en virtud de la orden del médico) no cuentan como días en los que permaneció como paciente hospitalizado. La estadía como paciente hospitalizado comienza el día en el que es formalmente admitido al hospital con la orden de un médico. Ese es su primer día como paciente hospitalizado. El día que recibe el alta no se cuenta como día en el que permaneció hospitalizado.*

¿Cuáles son mis derechos?

Independientemente de qué cobertura de Medicare tenga, usted tiene ciertos derechos garantizados. Como beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a:

- Que le respondan sus preguntas sobre Medicare.
- Recibir información sobre sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones de tratamiento.
- Ser notificado sobre decisiones referidas al pago o los servicios de atención médica, o a la cobertura de medicamentos recetados.
- Pedir que se revisen (apelar) ciertas decisiones sobre el pago de su atención médica, la cobertura de servicios o la cobertura de medicamentos recetados.
- Presentar reclamos (en algunos casos denominados "quejas"), incluyendo reclamos sobre la calidad de la atención médica recibida.

Para obtener más información acerca de sus derechos, los distintos niveles de apelación, y las notificaciones de Medicare, visite Medicare.gov/appeals para consultar el folleto "Sus derechos y protecciones como beneficiario de Medicare". También puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

¿Dónde puedo obtener más ayuda?

- Si necesita ayuda para comprender su estatus hospitalario, converse con su médico o personal del hospital o del departamento de planificación del alta.
- Para obtener más información sobre la cobertura de la Parte A y B, lea el manual "Medicare y usted" o llame al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos autoadministrados, consulte la publicación "Cómo cubre Medicare los medicamentos autoadministrados brindados en centros ambulatorios del hospital" visitando el sitio Medicare.gov/publications o llame al 1-800-MEDICARE para obtener una copia en forma gratuita.
- Para hacer preguntas o realizar reclamos sobre la calidad de atención de un servicio cubierto por Medicare, llame a su Organización para la Mejora de la Calidad (QIO). Visite el sitio **Medicare.gov/contacts** o llame al **1-800-MEDICARE** para que le den el número telefónico.
- Para hacer preguntas o realizar reclamos sobre la calidad de atención o la calidad de vida en un hogar de ancianos, llame al Organismo de Estadísticas del Estado (State Survey Agency). Visite el sitio Medicare.gov/contacts o llame al **1-800-MEDICARE** para que le den el número telefónico.

Para el plan Medicare y para el plan de Atención Administrada de Medicare, informe cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención que recibe a la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) que se menciona a continuación:

Livanta
Teléfono: inglés y español 1-866-815-5440, TTY inglés y español 1-866-868-2289

Stony Brook Medicine

Notificación de Observación Ambulatoria de Medicare (MOON)

Medicare Outpatient Observation Notice (MOON)

Nombre del paciente: _____ ID del paciente: _____ Fecha: _____

Usted es un paciente ambulatorio del hospital que está recibiendo servicios de observación. Usted no es un paciente hospitalizado porque (You're a hospital outpatient receiving observation services. You are not an inpatient because):

Según la examinación de un médico y las pruebas de diagnóstico que se le han realizado hasta ahora, usted está bajo observación por _____ (ingrese el diagnóstico aquí) y de acuerdo con esto es probable que usted reciba el alta de este hospital en 2 días o menos. Las normas de Medicare solo permiten la admisión hospitalaria para los pacientes que se prevé que requerirán más de 2 días de atención hospitalaria. Usted continuará siendo un paciente ambulatorio a menos que algún cambio en su condición o su plan de atención médica parezca requerir una estadía más prolongada en el hospital.

La condición de paciente ambulatorio puede tener incidencia sobre lo que usted paga en un hospital (Being an outpatient may affect what you pay in a hospital):

- Como paciente ambulatorio, su estadía de observación se cubre bajo la Parte B de Medicare.
- Para los servicios de la Parte B, usted generalmente paga:
  - Un copago por cada uno de los servicios ambulatorios que recibe en el hospital. Los copagos de la Parte B pueden variar según el tipo de servicio.
  - El 20% del monto aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios médicos, después del deducible de la Parte B.

Los servicios de observación pueden tener incidencia sobre la cobertura y los pagos de su atención médica una vez que se retire del hospital (Observation services may affect coverage and payment of your care after you leave the hospital):

- Si necesita atención en un centro de cuidados especializados (SNF) después del alta hospitalaria, Medicare Parte A solo cubrirá la atención en un SNF si usted ha tenido una estadía hospitalaria necesaria desde el punto de vista médico de una duración de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionada. Una hospitalización comienza el día en que el hospital admite al individuo como paciente hospitalizado basándose en una orden emitida por un médico y no incluye el día en que se le proporciona el alta.
- Si usted tiene Medicaid, un plan de Medicare Advantage u otro plan de salud, es posible que Medicaid o su plan tengan normas diferentes para la cobertura de servicios de atención médica en un centro SNF después de su alta hospitalaria. Consulte a Medicaid o a su plan.

NOTA: La Parte A de Medicare generalmente no cubre los servicios ambulatorios de hospital, como una estadía de observación. No obstante, la Parte A generalmente cubre los servicios de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico si el hospital admite al individuo como paciente hospitalizado basándose en una orden emitida por un médico. En la mayoría de los casos, esto significa que el paciente debe pagar un deducible por única vez para todos los servicios de hospitalización que recibe durante los primeros 60 días de estadía hospitalaria.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de observación, consulte al miembro de personal del hospital que le proporcionó esta notificación o al médico que lo atiende. También puede solicitar hablar con algún miembro del área de operaciones (utilization) del hospital o del departamento de planificación del alta.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Formulario CMS 10611-MOON

Vencimiento 12/31/2022 - N.° de aprobación de la OMB 0938-1308

AD2C577 (3/20)

SAMPLE

Sus costos por medicamentos (Your costs for medications):

En general, los medicamentos de venta bajo receta y de venta libre, incluidos los “medicamentos autoadministrados”, que usted recibe en un entorno hospitalario ambulatorio (como el departamento de emergencias) no están cubiertos por la Parte B. Los “medicamentos autoadministrados” son los medicamentos que usted normalmente tomaría. Por razones de seguridad, muchos hospitales no permiten que los pacientes tomen medicamentos que traen de su hogar. Si usted tiene un plan de medicamentos de venta bajo receta de Medicare (Parte D), es posible que su plan le ayude a pagar por los medicamentos que reciba durante su estadía de observación. Es posible que deba pagar el costo de estos medicamentos de su propio bolsillo y luego deba presentar un reclamo a su plan de medicamentos para obtener un reembolso. Contáctese con su plan de medicamentos para obtener más información.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) u otro plan de salud de Medicare (Parte C)
If you’re enrolled in a Medicare Advantage plan (like an HMO or PPO) or other Medicare health plan (Part C), es posible que sus costos y su cobertura sean diferentes. Consulte a su plan para averiguar qué cobertura tiene para servicios de observación ambulatoria.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare a través del programa estatal de Medicaid (If you’re a Qualified Medicare Beneficiary through your state Medicaid program), no se le pueden cobrar deducibles, coseguros y copagos de la Parte A o la Parte B.

Información adicional (opcional)
Additional Information (Optional):

Explicación verbal por:
Verbal explanation by: _____ _____ _____

Representante de Acceso para el Paciente Patient Access Representative	Hora Time	Fecha Date

---

Sírvase firmar a continuación para indicar que recibió este aviso y comprende esta notificación (Please sign below to show you received and understand this notice).

X _____ _____ _____

Firma del paciente o el representante correspondiente Signature of Patient or Representative	Hora Time	Fecha Date

---

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o escriba a: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

SAMPLE

Stony Brook Medicine

Notificación de Asignación a Servicios de Observación

La presente notificación tiene el objeto de informarle que usted está recibiendo servicios de observación.

No se lo/a admitió en el hospital.

El estatus de observación puede afectar su cobertura de seguro de Medicare, Medicaid o Privado para los servicios hospitalarios actuales, incluidos los medicamentos y otros suministros farmacéuticos, así como también la cobertura de cualquier atención brindada después de recibir el alta de un centro de enfermería especializada o de la atención en el hogar o en la comunidad.

Comuníquese con su plan de seguro para obtener información específica acerca de las consecuencias que los servicios de observación pueden tener en su cobertura de seguro.

Acuse de recibo de la información por parte del paciente:

X_____ _____ Hora _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: *Firma del paciente:*

Si el paciente no puede firmar:

X_____ _____

Nombre del representante legal: *Nombre del representante legal:*

X_____ Hora _____ Fecha: _____

Firma del representante legal:

SAMPLE

AD2N544 (11/17)

IV. Organización Healthix de intercambio de información de salud

¿Qué es Healthix?

Healthix, la mayor organización de intercambio de información de salud del Estado de Nueva York, permite compartir electrónicamente información de salud entre proveedores de atención médica (incluyendo hospitales, centros de atención médica de largo plazo, agencias de atención médica en el hogar y médicos comunitarios) de la ciudad de Nueva York, Long Island y las zonas aledañas.

Cada proveedor individual de atención médica almacena información acerca de la salud de sus pacientes, en forma de registros ya sea físicos o de sistemas de computación; por lo general, sólo el proveedor tiene acceso a esa información. Si usted recibe atención médica de más de un médico, lo más probable es que sus registros estén almacenados en muchos lugares diferentes; eso hace que sea difícil extraerlos como un conjunto para tener una visión total de su salud.

Healthix utiliza tecnologías que permiten compartir sus registros médicos a través de una red informática segura, a la que tienen acceso los proveedores de atención médica que lo atienden (incluyendo médicos, enfermeras y otros). Dichas tecnologías ayudan a sus proveedores de atención médica, como los médicos que lo atienden, a poner su información médica a disposición de otros proveedores que usted haya elegido, a fin de suministrarle una mejor atención.

Procedimiento de participación

Su proveedor de atención médica podría pedirle un “consentimiento” (autorización) de acceso a sus datos personales de salud a través de Healthix.

Al dar su consentimiento, usted tiene el derecho de decidir quiénes pueden tener acceso a su información de salud a través de Healthix. Si su médico u otros proveedores de atención médica participan en Healthix, ellos le entregarán un formulario de consentimiento; usted puede decidir si se les permite ver su información médica a fin de suministrarle una mejor atención.

Usted tiene el derecho de anular su consentimiento en todo momento. Al hacerlo su médico u otros proveedores de atención médica NO tendrán acceso a la información de salud de usted a través de Healthix, aún en emergencias.

Su decisión de otorgar o denegar su consentimiento no afecta su derecho a la atención de salud ni de tener cobertura de seguro médico.

Protección de su información de salud

A muchas personas les preocupa lo relativo a la privacidad y la seguridad cuando se trata de su salud. Healthix tiene implementadas sólidas políticas de privacidad, y ha alcanzado el estado de certificación HITRUST CSF que demuestra que sus sistemas satisfacen los requisitos regulatorios claves y los requisitos establecidos en la industria en cuanto a la protección de la privacidad de los registros electrónicos de salud. Cosas que debe saber:

- Sólo las organizaciones de ejercicio profesional y otras que usted haya indicado en el formulario de consentimiento tendrán acceso a sus registros a través de Healthix.
- Todos los proveedores que participan en Healthix están obligados a regirse por las leyes federales y del estado de Nueva York acerca de la privacidad y de la confidencialidad.
- Usted puede solicitar una lista de todos los proveedores que participan en Healthix que hayan tenido acceso a sus registros.
- En caso de producirse el acceso indebido a sus registros, se le informará y se tomarán medidas de corrección y de mitigación del incidente.
- Las leyes autorizan el acceso a la información de salud acerca de pacientes por parte de organizaciones federales, estatales y locales de salud pública y de trasplante de órganos aún sin contar con consentimientos, en el caso de algunas situaciones de salud pública y de trasplante de órganos.

Retiro y denegación de consentimientos

Si usted otorgó su consentimiento en el pasado, puede no obstante retirarlo en todo momento; para ello, firme un *formulario de retiro de consentimiento (Withdrawal of Consent)* y entréguelo a su proveedor de atención médica o a Healthix. Este formulario y otros están disponibles en el sitio en la Internet de Healthix, en www.healthix.org

Si desea denegar el acceso a todos los proveedores de atención médica y planes de salud que participan en Healthix puede comunicarse con nosotros a la dirección compliance@healthix.org o al teléfono **1-877-695-4749 / Opción 2**

Para aprender más acerca de Healthix y para recibir una lista completa de las organizaciones participantes visítenos en la Internet en: www.healthix.org o comuníquese con nosotros a la dirección info@healthix.org

Toda correspondencia por correo físico debe enviarse a la siguiente dirección:
Healthix, 551 North Country Road, Suite 206, St. James, NY 11780

Stony Brook Medicine
Stony Brook, NY 11794

Healthix

Autorización para Acceder a la Información del Paciente Mediante una Organización de Intercambio de Información de Salud

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que se acceda a la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario. Puedo elegir si permito o no que los miembros del Acuerdo de Atención Médica Organizada de Stony Brook (Stony Brook Organized Health Care Arrangement) (mencionados en el Anexo A) (denominado "SBOHCA" u "Organización Proveedora") tengan acceso a mis registros médicos a través de la Red Estatal de Información de Salud de Nueva York (Statewide Health Information Network of New York, SHIN-NY) mediante Healthix. Si doy mi consentimiento, se puede acceder a mi historial médico de los distintos lugares donde recibo atención médica utilizando una red informática estatal. Healthix es una organización sin fines de lucro de Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange, HIE) certificada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH). Esta organización comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica para mejorar la calidad de la atención de la salud. También cumple con los estándares de privacidad y seguridad de la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), los requisitos de las leyes federales de confidencialidad, el título 42 de la parte 2 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) y las leyes del Estado de Nueva York. Para obtener más información, visite el sitio web de Healthix: www.healthix.org.

Se puede acceder a mi información en caso de emergencia, a menos que complete este formulario y marque la casilla n.º 3, que establece que no doy mi consentimiento ni siquiera en el caso de una emergencia médica.

La decisión que tome en este formulario NO afectará a mi capacidad de recibir atención médica. La decisión que tome en este formulario NO permite que las aseguradoras de salud tengan acceso a mi información con el fin de decidir si me proporcionan cobertura de seguro de salud o pagan mis facturas médicas.

Mi decisión de consentimiento. UNA casilla está marcada a la izquierda de mi elección.
Puedo completar este formulario ahora o en el futuro.
También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento completando un formulario nuevo.

☐ **1. DOY MI CONSENTIMIENTO** para que el SBOHCA acceda a TODA mi información de salud electrónica mediante Healthix para brindar servicios de atención de salud (incluso atención de emergencia).

☐ **2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO, EXCEPTO EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA,** para que el SBOHCA acceda a mi información de salud electrónica mediante Healthix.

☐ **3. NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que el SBOHCA acceda a mi información de salud electrónica mediante Healthix para cualquier propósito, ***ni siquiera*** *en el caso de una emergencia médica*.

Si quiero denegar el consentimiento para que todas las Organizaciones Proveedoras y Planes de Salud que participan en Healthix accedan a mi información médica electrónica a través de Healthix, puedo hacerlo visitando el sitio web de Healthix en www.healthix.org o llamando al 877-695-4749.

Todas mis preguntas sobre este formulario han sido contestadas y se me ha brindado una copia de este formulario.

Firma del paciente o del representante legal del paciente X	Fecha
Nombre del representante legal en letra imprenta (si corresponde)	Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)

SAMPLE

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se puede utilizar su información.** Su información de salud electrónica se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de salud:
   - **Servicios de tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
   - **Verificación de la elegibilidad del seguro.** Comprobar si tiene un seguro médico y qué cubre.
   - **Actividades de administración de la atención.** Estas incluyen ayudarlo a obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le prestan, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención médica que se le brindan, o apoyarlo para que siga un plan de atención médica.
   - **Actividades para mejorar la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda a usted y a todos los pacientes.

2. **Qué tipos de información personal se incluyen.** Si usted da su consentimiento, la Organización Proveedora indicada puede acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de Healthix. Esto incluye la información creada antes y después de la firma de este formulario. Su historial médico puede incluir los antecedentes de enfermedades o lesiones que haya padecido (como la diabetes o una fractura ósea), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que haya tomado. Esta información puede incluir, pero no se limita a, afecciones médicas delicadas, como:

   - Problemas con el consumo de alcohol o drogas
   - Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)
   - Medicamentos y dosis
   - Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
   - VIH/SIDA
   - Enfermedades de salud mental
   - Enfermedades de transmisión sexual
   - Información de diagnóstico
   - Alergias
   - Resúmenes de antecedentes de consumo de sustancias
   - Notas clínicas
   - Resumen para el alta
   - Información laboral
   - Situación de vivienda
   - Apoyos sociales
   - Datos sobre entrevistas por reclamos
   - Análisis de laboratorio
   - Resumen de antecedentes de traumatismos

3. **De dónde proviene su información de salud.** Su información proviene de establecimientos o entidades que le han brindado atención médica o un seguro de salud. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud de manera electrónica. Healthix le puede proporcionar una lista completa y actualizada. Puede obtener una lista actualizada en cualquier momento visitando el sitio web de Healthix: www.healthix.org o llamando al 877-695-4749.

4. **Quién puede acceder a su información si usted da su consentimiento.** Únicamente los médicos y otros miembros del personal de la(s) Organización(es) a la(s) que usted ha dado su consentimiento para acceder y que llevan a cabo las actividades permitidas por este formulario, tal y como se describe en el primer párrafo.

5. **Acceso de los organismos de Salud Pública y de la Organización de Obtención de órganos.** La ley autoriza a los organismos de salud pública federales, estatales o locales y a determinadas organizaciones de obtención de órganos a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines de salud pública y de trasplante de órganos. Estas entidades pueden acceder a su información a través de Healthix para estos fines sin necesidad de que usted dé su consentimiento, lo niegue o no complete un formulario de consentimiento.

6. Sanciones por acceso o uso indebido de su información. Existen sanciones por el acceso o uso indebido de su información médica electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a su información lo ha hecho, póngase en contacto con la Organización Proveedora enviando un correo electrónico a **hipaa@stonybrookmedicine.edu**, o a Healthix a **compliance@healthix.org**. También puede llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **518-474-4987**, o seguir el proceso de quejas de la Oficina federal de Derechos Civiles en el siguiente enlace: **http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.

7. **Nueva divulgación de información.** Cualquier organización a la que haya dado su consentimiento para acceder a su información médica puede volver a divulgarla, pero solo en la medida permitida por las leyes y normativas estatales y federales. Solo se puede acceder y volver a divulgar la información relacionada con el tratamiento por consumo de alcohol o drogas, o la información confidencial relacionada con el VIH, si va acompañada de las declaraciones requeridas sobre la prohibición de volver a divulgarla.

8. **Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted cambie su decisión de consentimiento, hasta el momento en que Healthix deje de prestar servicios o hasta 50 años después de su muerte, lo que ocurra primero. Si Healthix se fusiona con otra Entidad Calificada, sus decisiones de consentimiento seguirán vigentes en la nueva entidad fusionada.

9. **Modificación de su decisión de consentimiento.** Puede cambiar su decisión de consentimiento en cualquier momento y para cualquier Organización Proveedora o Plan de Salud presentando un nuevo Formulario de Consentimiento con su nueva decisión. Las organizaciones que acceden a su información médica a través de Healthix mientras su consentimiento está vigente pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque después usted decida cambiar su decisión de consentimiento, no están obligados a devolver su información ni a eliminarla de sus registros.

10. **Copia del formulario.** Tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento.

SAMPLE

APÉNDICE A
MIEMBROS DEL SBOHCA

Las siguientes entidades son miembros del SBOHCA:

1. Stony Brook University Hospital, lo que incluye:
    - Hospital de Niños de Stony Brook
    - Stony Brook Southampton Hospital
    - Stony Brook Eastern Long Island Hospital
2. University Faculty Practice Corporations. Para consultar la lista de todos los proveedores participantes, visite el siguiente sitio web: https://www.stonybrookmedicine.edu/locations
3. SB Community Medical, PC. Para consultar la lista de todos los proveedores participantes, visite el siguiente sitio web: https://www.stonybrookmedicine.edu/community-medical/practices
4. Meeting House Lane Medical Practice, PC

SAMPLE

V. Pago de su Atención en el Hospital de la Universidad de Stony Brook

Cuando usted ingresa como paciente al Hospital de la Universidad de Stony Brook para recibir atención que no es de emergencia, tiene derecho a recibir información sobre cómo se le facturarán los servicios que recibe. Esto es de particular importancia si recibe servicios que no figuran en la red de su plan de salud o si no se encuentra cubierto por un plan de salud.

Pacientes hospitalizados: Stony Brook participa como proveedor en varias redes de planes de salud. Sin embargo, algunos planes de salud utilizan pequeñas redes para determinados servicios que ofrecen, de modo que es importante que verifique si participamos en su plan específico.
stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/plans

Servicios médicos mientras permanece en el hospital: Los servicios médicos que recibe mientras permanece en el hospital no se incluyen en los cargos del hospital. Los médicos que brindan servicios en Stony Brook pueden ser médicos voluntarios independientes. Si su médico no participa en su plan específico, es posible que usted desee elegir otro médico que sí lo haga.
stonybrookmedicine.edu/find-a-doctor
stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/md-charges

Atención especializada u otros servicios mientras permanece hospitalizado: Stony Brook tiene contrato con varios grupos de médicos tales como, anestesiólogos, radiólogos y patólogos, para que brinden servicios en nuestro hospital. Usted debe comunicarse directamente con dichos grupos para averiguar qué planes de salud aceptan.
stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/contract-charges

Comprender los cargos del hospital: Creamos una lista de cargos para los procedimientos del hospital más comunes como muestra. Por favor, tenga presente que estos cargos son solo ejemplos. Existen diferentes factores que afectan lo que debe pagar el paciente dependiendo del contrato específico que el plan de salud, la compañía aseguradora u otro pagador (como Medicare) tenga con nosotros. Los pacientes asegurados que se encuentran dentro de la red generalmente son responsables de pagar solo los copagos, el coseguro y/o los deducibles.
stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/charges

Si usted no tiene seguro de salud: Comuníquese con nuestra Oficina de Asistencia Financiera para averiguar si puede recibir ayuda para pagar las facturas del hospital llamando al **631-444-4331**.
stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/financial-assistance

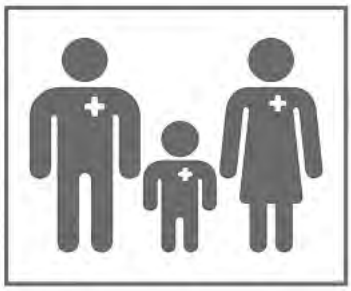
Puede encontrar más información sobre las tarifas de nuestro hospital visitando
stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/charges

VI. ¿Cambió Algo?

Nueva Dirección de Casa

Nuevo Número de Teléfono

Nueva Dirección Electrónica



Tuvo otro niño o adoptó un niño

El niño mueve dentro o fuera de casa

Una Muerte en la Familia

Cambino en el estada civil leagal

Nueva médico de atención primaria

Cuando usted tiene una nueva farmacia

Para ayudar a asegurar que su información del paciente está en orden y al día y que está correctamente factura, por favor proporcione la siguiente información hoy en día o tan pronto como sea posible. Gracia

- ❑ Dirección de correo
- ❑ Número de Teléfono primario y seundario
- ❑ Direcciòn de correo electrònico
- ❑ Nombre del Empleador / Dirección / Número de Teléfono
- ❑ Nombre de la Persona mas Cercana/Dirección / Número de Teléfono
- ❑ Nombre del Contacto de Emergencia / Dirección / Número de Teléfono
- ❑ Nombre de la Persona que tiene la Póliza de Seguro / Número de Identificación
- ❑ Fecha de Nacimiento de Quien tiene la Póliza de Seguro / Número de Teléfono
- ❑ Número de Identificación (ID) de la Póliza de Seguro
- ❑ Dirección de Correo de la Póliza de Seguro
- ❑ Número de Teléfono de la Poliza de Seguro
- ❑ Médico Primario
- ❑ Farmacia

Puede enviar información actualizada de forma segura a través del Portal del paciente de MyHealtheLife Stony Brook Medicine (Vaya a "Mensajes, seleccione" Bandeja de entrada "y envíela a: Acceso al paciente: solicitud de actualización de información del paciente).

Para completar o actualizar su información, por favor visite una de nuestras ubicaciones de acceso del paciente o lame al 631-444-1870.

Laboratorio satellite de Stony Brook

Horario: lunes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m., martes a Viernes de 7:00 a.m. a 5:30 p.m., sàbado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.

3 Technology Drive, East Setauket, NY 11733

Oficina de registro de acceso de pacientes

Horario; lunes a Viernes de 6:30 a.m. a 6:00 p.m., sàbado a domingo de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.,

101 Nicolls Road, Stony Brook, NY 11794, Nivel 5 (Piso principal)

Servicios preoperatorios de Stony Brook

Horario: lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

1320 Stony Brook Road, Suite E. Stony Brook, NY 11794

VII. Números Telefónicos Útiles

Programa de asistencia económica 631-444-4331

- Pagos a lo largo de períodos prolongados 631-444-4140

HealthConnect 631-444-4000

HealthConnect suministra un vínculo directo a médicos y servicios médicos de Stony Brook. Los pacientes pueden llamar y recibir información acerca de servicios médicos, servicios de médicos y para la programación de citas.

Facturación a pacientes / Servicios hospitalarios 631-444-4151

Relaciones con pacientes y con huéspedes 631-444-2880

Servicios económicos a pacientes (incluyendo solicitudes de Medicaid) 631-444-7583

Facturación de médicos 631-444-4800

Inscripción previa 631-444-1870

Switchboard 631-689-8333

Notas

Stony Brook Medicine

stonybrookmedicine.edu

La Universidad de Stony Brook/SUNY proveen educación y empleo mediante políticas de acción afirmativa e igualdad de oportunidades.

Revised December 2021