

# Lo que debe saber como paciente



Stony Brook **Medicine**

# Tabla de contenido

<b>I. Hablamos su idioma</b>	<b>1</b>
<b>II. Portal para el paciente My HealthLife</b>	<b>3</b>
<b>III. Healthix HIE (Intercambio de información de salud)</b>	<b>3</b>
<b>IV. Ayuda para dejar de fumar</b>	<b>3</b>
<b>V. Programa de Asistencia Financiera</b>	<b>4</b>
<b>VI. Sus derechos y responsabilidades como paciente</b>	<b>6</b>
Declaración de los derechos del paciente	7
Declaración de derechos de los padres	8
Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)	9
Declaración de Derechos del Paciente Según la Ley de Salud Mental del Estado de Nueva York	10
Breastfeeding Mothers' Bill of Rights (Declaración de derechos de las madres que amamantan)	11
Control del dolor	13
Aviso de prácticas de confidencialidad	15
Sus Derechos y Protecciones Contra las Facturas Médicas Inesperadas	19
<b>VII. ¿Preguntas sobre sus derechos?</b>	<b>21</b>
<b>VIII. Números telefónicos útiles</b>	<b>21</b>

# 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 Patient Advocacy & Language Assistance Services  
101 Nicolls Road  
Hospital, Level 5, Room 540  
Stony Brook, NY, 11794-7522  
Phone 1-631-444-2880 or Fax 1-631-444-6637  
Email [roseanna.ryan@stonybrookmedicine.edu](mailto: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 করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৬৩১-৪৪৪-২৮৮০।

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.

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

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

## II. Portal para el paciente My HealtheLife

El Portal para el paciente de Stony Brook Medicine, *MyHealtheLife*, es una herramienta en línea segura para que los pacientes de 13 años o más puedan ver su información de salud, enviar mensajes a los médicos y solicitar citas. El portal le permite revisar sus propios antecedentes médicos e historia clínica, e intercambiar mensajes sobre la salud con su médico. Para crear una cuenta en el portal para el paciente MyHealtheLife, puede autoinscribirse o solicitar una invitación en su próxima visita al consultorio. Para autoinscribirse, debe tener 18 años o más y no debe tener una cuenta en el portal MyHealtheLife. Visite [stonybrookmedicine.iqhealth.com/self-enroll/](http://stonybrookmedicine.iqhealth.com/self-enroll/) y complete el formulario para confirmar la información. Si usted está a cargo de la salud de un paciente, hable con el proveedor de salud del paciente para recibir una invitación como representante legalmente autorizado (apoderado) para MyHealtheLife. No puede autoinscribirse para el acceso como apoderado.

## III. Healthix HIE (Intercambio de información de salud)

Si sus médicos no están afiliados con Stony Brook University Hospital, usted puede compartir su información médica con ellos si participa en el Healthix HIE.

Healthix es un intercambio de información de salud pública (HIE) que permite a los proveedores compartir información de salud de manera electrónica. Healthix utiliza una red informática segura para asegurar, proteger y compartir información de salud de los pacientes de manera electrónica. Usted tiene derecho a decidir quién puede acceder a su información de salud a través de Healthix (médicos, personal de enfermería y otros proveedores de salud), la cual los ayudará a tomar decisiones más informadas con respecto a su salud. Necesitaremos su consentimiento para poder acceder a su información de salud y a su historia clínica mientras se le brinde atención en Stony Brook University Hospital. Uno de nuestros representantes de Servicios de Acceso para el Paciente le solicitará su consentimiento y su firma electrónica.

## IV. Ayuda para dejar de fumar

Es beneficioso para su salud y la salud de su familia que usted deje de fumar. Podemos ayudar. Si es fumador, pregúnteles a su médico o enfermera sobre el tratamiento de reemplazo de la nicotina. La línea para dejar de fumar del Estado de Nueva York ofrece orientación y tratamiento de reemplazo de la nicotina gratuitos. Llame al **866-697-8487 (866-NY-QUITS)** o visite **[nysmokefree.com](http://nysmokefree.com)**. El Departamento de Salud del Condado de Suffolk también ofrece un programa de seis semanas para ayudarlo a dejar de fumar. Para encontrar una clase cerca de su domicilio, llame al **631-853-4017**.

## V. Programa de Asistencia Financiera

Stony Brook University Hospital tiene el compromiso de proporcionar servicios de salud de calidad independientemente de que el paciente tenga la capacidad de pagarlos.

Las personas menores de 65 años que no tienen una discapacidad pueden ser elegibles para recibir cobertura a través de NY State of Health, el mercado oficial de planes de salud del estado.

**Visite el sitio:** [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)

**Llame al: 855-355-5777**

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y sábados de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.

Para solicitar cobertura, es posible que deba presentar prueba de:

- Ciudadanía
- Condición inmigratoria
- Número del seguro social
- Residencia
- Ingresos

Las personas que tienen 65 años o más o tienen una discapacidad, ceguera y/o necesidad de cobertura de cuidados a largo plazo pueden ser elegibles para Medicaid. El Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York exige que los solicitantes presenten una solicitud en papel en su centro local. Llame a Servicios Financieros de Stony Brook Medicine al **631-444-7583** para programar una cita a fin de solicitar Medicaid.

### Opciones de pago

Stony Brook University Hospital reconoce que hay ocasiones en las que los pacientes necesitan atención médica pero tienen dificultades para pagar los servicios prestados. El programa de asistencia financiera del hospital proporciona descuentos a individuos que reúnan los requisitos, según sus ingresos.

### ¿Quiénes califican para recibir un descuento?

La asistencia financiera está disponible para pacientes que tienen ingresos limitados, no tienen seguro de salud o tienen un seguro de salud insuficiente. Si usted necesita asistencia financiera, no se le pueden negar los cuidados de salud necesarios desde el punto de vista médico. Usted tiene derecho a solicitar un descuento independientemente de su condición inmigratoria. Todas las personas del Estado de Nueva York que necesitan servicios de emergencia y servicios que no sean de emergencia pero sean médicamente necesarios en Stony Brook University Hospital pueden recibir los cuidados requeridos y pueden ser elegibles para recibir asistencia de acuerdo con los límites de ingresos establecidos por las reglamentaciones federales.

### ¿Qué sucede si no soy elegible según los límites de ingresos que establecen las reglamentaciones?

Stony Brook University Hospital les ofrece un plan de pago a los pacientes que no pueden pagar su factura y cuyos ingresos se encuentran dentro de los límites establecidos. El monto que usted paga depende de sus ingresos. También ofrecemos extensiones en los planes de pago a los pacientes cuyos ingresos exceden los límites establecidos.

### ¿Hay alguien que me pueda explicar cómo se aplica el descuento? ¿Y alguien que pueda ayudarme a presentar la solicitud de descuento?

Sí. Contamos con servicios de ayuda gratuita y confidencial. Comuníquese con nuestra Unidad de Ayuda Financiera llamando al **631-444-4331**. Si no habla inglés, se le brindará asistencia en su propio idioma. El asesor financiero puede decirle si cumple los requisitos para obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus.

Si el asesor determina que usted no cumple los requisitos para acceder a un seguro de salud de bajo costo, lo ayudará a solicitar un descuento. El asesor le ayudará a completar los formularios correspondientes y le dirá qué documentos debe presentar.

### **¿Qué debo hacer para solicitar un descuento?**

Puede descargar una solicitud de asistencia financiera de la página [stonybrookmedicine.edu/billinginformation](http://stonybrookmedicine.edu/billinginformation). También puede retirar una solicitud en la caja del Departamento de Emergencias, en la caja principal del nivel 5 del hospital o en la Oficina de Cuentas del Paciente en 31 Research Way, East Setauket. También se le puede enviar una solicitud de asistencia financiera si lo solicita llamando a nuestra Unidad de Ayuda Financiera al **631-444-4331**. Deberá presentar copias de todos los documentos requeridos. Si no puede presentar la documentación, es posible que sea elegible de todos modos para solicitar asistencia financiera.

### **¿Qué servicios se cubren?**

El descuento es aplicable a todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico prestados por Stony Brook University Hospital. Esto incluye servicios ambulatorios, atención de emergencia y admisiones de pacientes hospitalizados. Es posible que no se cubran los cargos de médicos privados que prestan servicios en el hospital. Hable con su médico privado para consultarle si ofrece algún descuento o plan de pago.

### **¿Cuánto debo pagar?**

El monto que debe pagar por servicios ambulatorios o atención de emergencia puede ser de \$0 en adelante para niños y mujeres embarazadas, dependiendo de los ingresos. El monto por servicios ambulatorios o atención en la sala de emergencias va de \$15 en adelante para adultos, dependiendo de los ingresos. Un asesor financiero le informará los detalles sobre el descuento específico que se le aplicará una vez que se haya procesado su solicitud. Si se requiere un depósito para ciertos procedimientos electivos, el monto de dicho depósito se reducirá según su condición de asistencia financiera.

### **¿Cómo obtengo el descuento?**

Debe completar el formulario de solicitud. Una vez que obtenemos un comprobante de sus ingresos, podemos procesar su solicitud en función de su nivel de ingresos. Puede solicitar un descuento antes de una cita, cuando visite el hospital para recibir atención médica o cuando reciba la factura por correo. Envíe el formulario completo a Stony Brook University Hospital, P.O. Box 1546, Stony Brook, NY 11790-9113. Puede presentar la solicitud hasta 90 días después de la prestación de servicios.

### **¿Cómo sabré si se ha aprobado mi solicitud de descuento?**

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que usted completó y presentó la documentación, Stony Brook University Hospital le enviará una carta para informarle si se ha aprobado o denegado su solicitud y, en caso de aprobación, cuál es el nivel de descuento que se le ha otorgado.

### **¿Qué sucede si recibo una factura mientras estoy esperando que se me informe si fue aprobada mi solicitud de descuento?**

Usted no puede ser obligado a pagar una factura de servicios hospitalarios mientras está esperando respuesta a una solicitud de descuento. Si se deniega su solicitud, el hospital le debe explicar la razón por escrito y le debe ofrecer una forma de apelar la decisión ante una instancia superior dentro del hospital.

### **¿Qué hago si tengo un problema que no puedo resolver con el hospital?**

Puede comunicarse con la línea gratuita de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health Complaint Hotline) llamando al **800-804-5447**.

# VI. Sus derechos y responsabilidades como paciente

En Stony Brook Medicine, respetamos sus derechos como paciente y nos esforzamos por brindar una atención de la salud considerada y respetuosa, basada en sus necesidades individuales. Los derechos y las responsabilidades que aquí se detallan incluyen los derechos que tiene como paciente en virtud de la ley del Estado de Nueva York.

## Responsabilidades de los Pacientes

Además de los derechos, los pacientes y visitantes tienen responsabilidades para ayudarnos a mantener un entorno seguro:

- 1) Comparta con nosotros su historial médico, lo mejor que sepa, y una copia del documento de Agente de Directivas Avanzadas.
- 2) Sea amable con el personal que le está cuidando, y pregunte si no ha entendido cualquier información o direcciones que le presenten.
- 3) Entienda que un exceso de visitas puede causar molestias a otros pacientes o visitantes. Le pedimos un máximo de dos visitantes por enfermo en el cuarto para ayudar a mantener un entorno de reposo.
- 4) Mantenga una mutua consideración y respeto e utilice un lenguaje y una conducta civil con el personal del hospital. El comportamiento abusivo o irrespetuoso puede resultar en su despedido del cuidado de Stony Brook Medicine.
- 5) No está permitido fumar en ninguna parte de la propiedad del hospital, ni edificios anexos ni en el estacionamiento de autos.
- 6) Stony Brook Medicine se reserva el derecho de examinar los cuartos de los pacientes, así como sus objetos personales en busca de sustancias ilegales si se sospecha de alguna conducta ilegal. No tome ninguna droga o medicina que no haya sido proporcionada por el personal de Stony Brook Medicine. No tome alcohol o sustancias tóxicas.
- 7) No tome fotografías o videos o cualquier tipo de grabación de la propiedad de Stony Brook Medicine, o del personal, o de los pacientes o de los visitantes.
- 8) Proteja sus pertenencias, usted es responsable de los objetos que usted posea en el hospital.
- 9) Sea puntual en los pagos de las facturas del hospital proporcionando la información necesaria para el procesamiento del seguro y haciendo las preguntas que pueda tener sobre la factura.

La carta de los derechos de los pacientes, estuvo diseñada con el objetivo de mantener una mejor comunicación entre los pacientes y el personal médico. Si usted tiene alguna pregunta sobre estos derechos y/o responsabilidades en Stony Brook Medicine, o si necesita ayudar para resolver un problema que no pueda ser solucionado por su equipo médico, por favor llame al Departamento de Representación del Paciente (*Patient Advocacy Department*). Un representante del paciente ayuda a responder sus preguntas sobre su hospitalización y le puede asistir para facilitar la comunicación con su equipo médico.

Representación del Paciente  
(Patient Advocacy)  
Stony Brook University Hospital  
Level 5, Room 540  
Tel: (631) 444-2880

Usted también puede contactar al Departamento de Salud del Estado de New York (*New York State Department of Health*) en el número: 1-800-804-5447 ó en la Comisión Conjunta (*Joint Commission*) en el número: 1-800-994-6610 ó por correo electrónico: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org).

## En las siguientes páginas encontrará más detalles sobre sus derechos específicos:

- Declaración de derechos del paciente
- Declaración de derechos de los padres
- Declaración de derechos del paciente para centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)
- Declaración de derechos del paciente según la Ley de Salud Mental del Estado de Nueva York
- Declaración de derechos de las madres en período de lactancia
- Control del dolor
- Aviso de prácticas de confidencialidad



# DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

## Como paciente de un hospital del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

- (1) Comprender y usar estos derechos. Si por cualquier razón usted no entiende o necesita ayuda, el hospital DEBE proporcionarle asistencia, incluido un intérprete.
- (2) Recibir tratamiento sin discriminación por raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, discapacidad, orientación sexual, edad o fuente de pago.
- (3) Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente seguro y limpio, libre de restricciones innecesarias.
- (4) Recibir atención de emergencia si la necesita.
- (5) Estar informado del nombre y el puesto del médico que estará a cargo de su atención en el hospital.
- (6) Conocer los nombres, los puestos y las funciones de cualquier miembro del personal del hospital que participe de su atención y rehusar su tratamiento, exámenes y observaciones.
- (7) Identificar a un encargado de cuidados que será incluido en su planificación de alta y en la entrega de información o instrucciones sobre cuidados después del alta.
- (8) Recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento o pronóstico.
- (9) Recibir toda la información que necesita para dar un consentimiento informado sobre cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información incluirá los posibles riesgos y beneficios del tratamiento o procedimiento.
- (10) Recibir toda la información que necesita para dar un consentimiento informado para una orden de no resucitación. También tiene derecho a designar a un individuo para que otorgue este consentimiento si usted se encuentra muy enfermo para hacerlo. Si desea obtener más información, solicite una copia del panfleto “Cómo tomar decisiones sobre la atención médica: una guía para pacientes y familiares”.
- (11) Rehusar el tratamiento y ser informado del efecto que esto podría tener en su salud.
- (12) Rehusarse a formar parte de una investigación. Cuando decida si quiere participar o no, tiene derecho a recibir una explicación detallada.
- (13) Tener privacidad mientras esté en el hospital y gozar de confidencialidad para toda la información y los expedientes relacionados con su atención.
- (14) Participar de todas las decisiones sobre su tratamiento y el alta del hospital. El hospital debe proporcionarle por escrito un plan de alta y una descripción de cómo apelar su alta.
- (15) Revisar sus expedientes médicos sin cobro alguno. Obtener una copia de su registro médico por el que el hospital le puede cobrar una tarifa razonable. No se le puede negar una copia debido a que no pueda pagarla.
- (16) Recibir una factura detallada y la explicación de los cargos.
- (17) Emitir una factura inesperada a través del proceso de Resolución de Conflictos Independiente.
- (18) Usted tiene el derecho de cuestionar una factura inesperada por medio del proceso de Resolución de disputa independiente.
- (19) Presentar una queja sin miedo a represalias sobre su atención o los servicios que recibió y que el hospital le ofrezca una respuesta y, si lo solicita, que la respuesta sea por escrito. Si no está satisfecho con la respuesta del hospital, puede presentar un reclamo al Departamento de Salud del Estado de Nueva York. El hospital le debe proporcionar el número de teléfono del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.
- (20) Autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas.
- (21) Tomar sus propias decisiones en cuanto a las donaciones anatómicas. Las personas de 16 o más años de edad pueden documentar su deseo de donar sus órganos, ojos y/o tejidos, luego de su muerte, suscribiéndose en el NYS Donate Life Registry o documentando por diversos métodos por escrito (tales como un poder en cuestiones médicas, un testamento, una tarjeta de donante, u otro instrumento firmado) su autorización para la donación de órganos y/o tejidos. El poder en cuestiones médicas se encuentra disponible en el hospital.

Public Health Law (Ley de Salud Pública, PHL)2803 (1)(g) Patient's Rights (Derechos de los pacientes), 10NYCRR, 405.7,405.7(a)(1),405.7( c)

# DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LOS PADRES

**Como padre, tutor legal o persona con la autoridad para tomar decisiones por un paciente pediátrico que recibe atención en este hospital, usted tiene derecho, según la ley, a lo siguiente:**

- 1) Informar al hospital el nombre del proveedor de atención primaria de su hijo, si se conoce, y tener esta información en el expediente médico de su hijo.
- 2) Tener la seguridad de que nuestro hospital solo admitirá pacientes pediátricos en la medida en que tenga la capacidad de proporcionar el personal calificado, el espacio y los equipos de tamaño adecuado que se necesiten para atender las necesidades singulares de los pacientes pediátricos.
- 3) Autorizar que al menos uno de los padres o tutores legales permanezca con el niño en todo momento, en la medida de lo posible, según las necesidades de salud y seguridad de su hijo.
- 4) Solicitar que un médico, asistente médico o practicante de enfermería que conozca la enfermedad de su hijo revise todos los resultados de las pruebas que se realicen durante la admisión o la consulta en una sala de emergencias.
- 5) Solicitar que no se le dé de alta a su hijo de nuestro hospital o sala de emergencias hasta que un médico, asistente médico o enfermera practicante revise todos los exámenes que, de manera razonable, se espera que arrojarán resultados de valores críticos y que estos resultados se le comuniquen a usted, a otras personas encargadas de tomar decisiones y a su hijo, si así corresponde. Los resultados de valores críticos son aquellos que indican una enfermedad que pone en riesgo la vida u otra enfermedad grave que requiere atención médica inmediata.
- 6) Solicitar que no se le dé de alta a su hijo de nuestro hospital o sala de emergencias hasta que usted o su hijo, si corresponde, reciban un plan de alta por escrito, que también se les comunicará de forma verbal a usted, a su hijo u otras personas encargadas de tomar decisiones médicas. En el plan de alta por escrito se incluirán específicamente todos los resultados críticos de laboratorio u otras pruebas de diagnóstico que se ordenen durante la estancia de su hijo, así como todas las demás pruebas que aún no se hayan realizado.
- 7) Recibir los resultados de valor crítico y el plan de alta de su hijo de forma tal que se garantice de manera razonable que usted, su hijo (si corresponde) u otras personas encargadas de tomar decisiones médicas entenderán la información médica proporcionada para tomar decisiones médicas adecuadas.
- 8) Pedir que se entreguen todos los resultados de laboratorio de esta hospitalización o consulta a sala de emergencias al proveedor de atención primaria de su hijo, si se conoce.
- 9) Solicitar información sobre los diagnósticos o posibles diagnósticos que se consideraron durante este episodio de atención y las complicaciones que podrían desarrollarse, así como la información sobre cualquier comunicación que se haya sostenido con el proveedor de atención primaria de su hijo.
- 10) Obtener un número telefónico al que puede llamar luego de que se le dé de alta a su hijo del hospital o del Departamento de Emergencias, para obtener asesoría en caso de complicaciones o preguntas que surjan sobre la enfermedad de su hijo.

Public Health Law (Ley de Salud Pública, PHL) 2803(i)(g) Patient's Rights (Derechos de los pacientes)  
10NYCRR, sección 405.7



**Department  
of Health**

# Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)

**Como paciente de una clínica del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:**

- (1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, identidad de género, nacionalidad o patrocinador;
- (2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;
- (3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;
- (4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;
- (5) ser informado y recibir un cálculo de los cargos cobrados por los servicios, tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa; elegibilidad para reintegro a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o a menor costo;
- (6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;
- (7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;
- (8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;
- (9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;
- (10) negarse a participar en un estudio de investigación;
- (11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);
- (12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante el New York State Department of Health (Departamento de Salud del estado de Nueva York)
- (13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;
- (14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;
- (15) acceder a su registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: [http://www.health.ny.gov/publications/1449/section\\_1.htm#access](http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access);
- (16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas; y
- (17) cuando corresponda, hacer saber sus deseos sobre la donación de órganos. Los mayores de dieciséis años podrán registrar su consentimiento para la donación de órganos, ojos o tejidos, en caso de fallecimiento, inscribiéndose en el Registro Donate Life del estado de Nueva York o registrando la autorización para la donación de órganos o tejido de varias maneras (por ejemplo, mediante poder para asuntos médicos, testamento, credencial de donante u otro instrumento firmado). En el centro podrá obtener un poder para asuntos médicos;
- (18) tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa;
- (19) recibir un cálculo del importe que se le facturará tras obtener los servicios.



**Department  
of Health**

# Declaración de Derechos del Paciente Según la Ley de Salud Mental del Estado de Nueva York

---

Todos los pacientes de Stony Brook University Hospital tienen los derechos establecidos por la Declaración de Derechos del Paciente. Además, todos los pacientes que se encuentren en centros psiquiátricos del Estado de Nueva York tienen los derechos que se describen en esta sección, excepto en los casos de individuos comprendidos por las disposiciones de otras leyes — como por ejemplo, la Ley de Procedimientos Penales o la Ley de Correccionales — que dispongan lo contrario.

- Prendas personales adecuadas.
- Un entorno seguro e higiénico.
- Una dieta equilibrada y nutritiva.
- Practicar la religión que elijan o no practicar ninguna religión.
- No sufrir abuso o maltrato por parte de empleados u otros residentes.
- Aseo y suministros adecuados para la higiene personal.
- Espacio suficiente para guardar ropa y otros artículos personales.
- Un nivel de privacidad razonable para dormir, bañarse e ir al baño.
- Recibir visitas en horarios razonables, gozar de privacidad cuando lo visiten y comunicarse libremente con otras personas, tanto dentro como fuera del centro psiquiátrico.
- Atención médica y dental adecuada.
- Un plan de tratamiento individualizado y participar activamente en la elaboración de dicho plan.
- Comunicarse con el director del establecimiento, con la Oficina de Servicios Legales de Salud Mental, con el Departamento de Apoyo al Paciente de Stony Brook Medicine, con la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York o con el Centro de Justicia en relación con cualquier pregunta o reclamo.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos o si usted necesita ayuda para resolver cualquier problema, por favor contacte al Departamento de Representantes del Paciente del hospital Stony Brook University Hospital en el número: **631-444-2880**. Un representante del paciente le responderá sus preguntas acerca su hospitalización y le proporcionará una vía para que usted dirija sus preocupaciones. Usted también puede contactar al Departamento de Salud del Estado de New York en el **800-804-5447** ó a la comisión Joint Commission al **800-994-6610** ó por email: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org).

# Breastfeeding Mothers' Bill of Rights (Declaración de derechos de las madres que amamantan)

Elegir cómo alimentar a su nuevo bebé es una de las decisiones más importantes que una madre puede tomar al prepararse para la llegada de su bebé. Los médicos concuerdan en que, para la mayoría de mujeres, la lactancia materna es la elección más segura y saludable. Usted tiene el derecho a estar informada sobre los beneficios de la lactancia materna y a tener un proveedor de atención médica, un centro de atención de salud materna y un centro de cuidado diurno infantil que recomienden y apoyen la lactancia materna. Usted tiene el derecho a tomar su propia decisión sobre amamantar a su bebé. Ya sea que elija amamantar a su bebé o no, usted tiene los derechos que se enumeran a continuación, independientemente de su raza, credo, nacionalidad, orientación sexual, identidad o expresión de género, o fuente de pago para su atención médica. Los centros de cuidado de la salud materna tienen la responsabilidad de asegurarse de que usted comprenda estos derechos. Deben proporcionarle esta información con claridad y ofrecerle un intérprete, si fuera necesario. Estos derechos podrían restringirse únicamente en los casos en que su salud o la salud del bebé lo requieran. Si alguna de las siguientes cosas no son médicamente correctas para usted o su bebé, debe recibir toda la información y ser asesorada.

## (1) Antes del parto:

Si usted asiste a clases de educación prenatal sobre el parto (impartidas por el centro de cuidado de la salud materna y por todas las clínicas del hospital y los centros de diagnóstico y tratamiento que proporcionan servicios prenatales en conformidad con el Artículo 28 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública)), entonces debe recibir la Breastfeeding Mothers' Bill of Rights. Cada centro de cuidado de la salud materna debe proporcionarle el panfleto informativo sobre maternidad, incluso la Breastfeeding Mothers' Bill of Rights, a todas las pacientes o a sus respectivos representantes personales nombrados al momento de la reserva o admisión a un centro de salud materna.

Usted tiene el derecho a recibir información completa sobre los beneficios de la lactancia materna para usted y su bebé. Esto la ayudará a tomar una decisión informada sobre cómo alimentar a su bebé.

Tiene derecho a recibir información sin fines comerciales, y esta incluye:

- Cómo la lactancia materna los beneficia a usted y a su bebé, desde los puntos de vista nutricional, médico y emocional.
- Cómo prepararse para amamantar a su bebé.
- Cómo comprender algunos de los problemas que puede enfrentar y cómo resolverlos.

## (2) En el centro de cuidado de la salud materna:

- Tiene derecho a que su bebé permanezca con usted después del nacimiento, sin importar que su parto haya sido parto vaginal o cesárea.
- Tiene derecho a comenzar a amamantar a su bebé durante la hora después de nacimiento.
- Tiene derecho a obtener ayuda de alguien que tenga capacitación en lactancia materna.
- Tiene derecho a que su bebé no reciba ningún biberón ni chupete.
- Tiene derecho a saber respecto de cualquier medicamento que pueda inhibir la producción de leche y a rechazarlo.
- Tiene derecho a tener a su bebé en la habitación con usted las 24 horas del día.
- Tiene derecho a amamantar a su bebé a cualquier hora del día o de la noche.



- Tiene derecho a saber si su médico o el pediatra de su bebé no recomiendan la lactancia materna, antes de tomar cualquier decisión sobre la alimentación de su bebé.
- Tiene derecho a poner un letrero claro en la cuna de su bebé que indique que su bebé está siendo amamantado, y que no se le debe alimentar con biberón de ningún tipo.
- Tiene derecho a recibir información completa sobre la manera en la que está amamantando a su bebé, y obtener ayuda para mejorar.
- Tiene derecho a amamantar a su bebé en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Si no es posible amamantar a su bebé, se hará todo lo posible para que su bebé sea alimentado con la leche que usted se saque con un extractor de leche materna u otro método.
- Si usted o su bebé vuelven a ser hospitalizados en el centro de cuidado de la salud materna después de su estancia por el parto, el hospital hará todo los esfuerzos posibles para continuar apoyando la lactancia materna y para proporcionarle extractores eléctricos de leche materna del hospital, y para ofrecerle las condiciones adecuadas dentro de su habitación.
- Tiene derecho a obtener ayuda de alguien capacitado especialmente en dar apoyo a lactantes, si su bebé tiene necesidades especiales.
- Tiene derecho a que un familiar o amigo reciba información sobre la lactancia materna por parte de un miembro del personal, si usted lo solicita.



### (3) Al ser dada de alta del centro de cuidado de la salud materna:

- Tiene derecho a obtener información impresa sobre lactancia materna sin contenido comercial.
- Tiene derecho, a menos que usted lo solicite específicamente, y esté disponible en el centro de cuidado, a ser dada de alta del centro sin recibir paquetes desechables que contengan fórmula infantil o cupones para fórmula infantil, a menos que sea por orden del proveedor de atención médica de su bebé.
- Tiene derecho a obtener información sobre los recursos de lactancia materna en su comunidad, incluso información sobre la disponibilidad de consejeros sobre lactancia materna, grupos de apoyo y extractores de leche materna.
- Tiene derecho a que el centro de cuidado le proporcione información que la ayude a elegir un proveedor médico para su bebé y a comprender la importancia de una cita de seguimiento.
- Tiene derecho a recibir información sobre cómo extraerse y almacenar de manera segura su leche materna.
- Tiene derecho a amamantar a su bebé en cualquier lugar, público o privado, o en otro lugar en donde tenga permiso para estar. Puede dirigir sus quejas a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York.
- Usted tiene derecho a amantar a su bebé en su trabajo o centro de cuidado diurno infantil en un ambiente que no desmotive la lactancia materna ni la provisión de leche materna.
- Conforme a la Sección 206-C de la Labor Law (Ley de Trabajo), durante un período de hasta tres años después del parto, usted tiene el derecho a tomar un período de receso razonable no remunerado o a utilizar un período de receso remunerado o un tiempo de comida para poder extraerse leche materna en el trabajo. Su empleador debe hacer los esfuerzos razonables para ofrecerle una habitación u otro lugar cerca del área de trabajo, en donde pueda extraerse la leche materna en privado. Su empleador no puede discriminarla con base en su decisión de extraerse la leche materna en el trabajo. Puede dirigir sus quejas al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York.

Estos son sus derechos. Si el centro de cuidado de la salud materna no respeta sus derechos, puede buscar ayuda comunicándose con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o con la línea de atención directa para quejas del hospital llamando al **1-800-804-5447** o por correo electrónico a **hospinfo@health.ny.gov**.



# Control del dolor

---

El alivio del dolor es una parte importante del cuidado de su salud, su recuperación y bienestar. Tratar el dolor puede ayudar a que se cure más rápido. Sentir menos dolor le ayudará a recuperar fuerzas más rápidamente y le permitirá continuar con sus actividades normales lo antes posible.

El control del dolor es una manera de reconocer y tratar las molestias que surgen con un diagnóstico, una enfermedad o un tratamiento. Nuestro equipo de atención de la salud trabajará estrechamente con usted para que logre un buen nivel de comodidad.

## **Estas son algunas de las cosas que puede hacer que le pueden ayudar a lidiar con el dolor durante su hospitalización.**

- Pregúntele al equipo sobre el nivel de dolor o molestias que puede experimentar.
- Es más fácil prevenir un dolor grave que atenuarlo cuando ya se ha manifestado.
- Pregunte por un plan de control del dolor.
- Solicite medicamentos para aliviar el dolor (analgésicos) cuando comiencen las molestias.
- Si sabe que el dolor empeorará cuando comience una actividad o ejercicios de respiración, tome un analgésico antes de empezar.
- Hable con su enfermera o proveedor de atención médica sobre cualquier preocupación que pueda tener sobre el uso de medicamentos para el dolor.

## **Aquí le contamos sobre otras cosas que se pueden hacer para aliviar el dolor y que no implican el uso de analgésicos.**

- Cambie de posición a menudo.
- Aplique hielo/calor según lo indicado por su médico.
- Utilice técnicas de relajación, como la respiración abdominal y la tensión/relajación muscular progresiva. Si necesita asistencia para realizarlas, pídale ayuda a su enfermera.
- Intente técnicas de distracción como la música, la televisión, los CD de relajación, contar hacia atrás, hacer manualidades, completar crucigramas, sudokus, hacer ejercicios y socializar por teléfono e Internet.
- Programe actividades y periodos de descanso.
- Atención espiritual/pastoral
- Terapia
- Sintonice el canal 19 para ver el canal gratuito de relajación.

Por favor, avísele al personal sobre dolores que no se alivien con las técnicas anteriores, y si tiene problemas respiratorios u otras reacciones que puedan estar relacionadas con los medicamentos.

Para controlarlo, el personal le preguntará a menudo cuál es su nivel de dolor, incluso cuando esté descansando. De esa forma, podemos asegurarnos de que conocemos su reacción a los analgésicos que le hemos administrado.

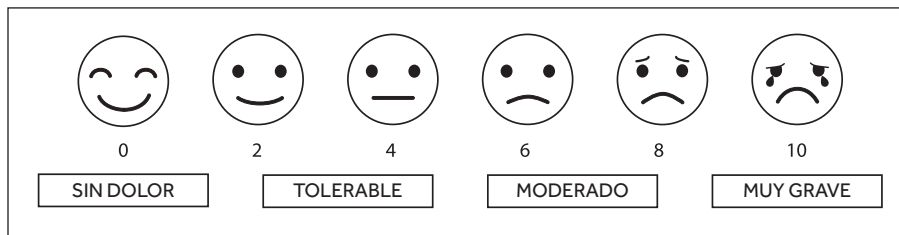
## Declaración de derechos del paciente respecto al dolor

Mientras sea paciente de Stony Brook University Hospital, puede esperar lo siguiente:

- Recibir información sobre el dolor y el control del dolor.
- Contar con un personal preocupado y comprometido con el control del dolor.
- Profesionales de atención de la salud dedicados, que responden rápidamente a los casos de dolor.
- Tratamiento de vanguardia del dolor.
- Que los dolores que sienta sean aceptados y tratados como corresponde.

## Escala de dolor

Utilice un número de la escala para ayudar a describir su dolor.



## Lo que puede hacer para garantizar la seguridad de los medicamentos

- Comparta con su proveedor de salud una lista de todos los medicamentos, vitaminas, hierbas y suplementos que esté tomando actualmente.
- Sepa qué medicamentos está recibiendo en el hospital y por qué los está recibiendo.
- Pregúntele a su proveedor de salud qué ayuda le brindará un medicamento nuevo. Pregunte sobre los posibles efectos secundarios. Solicite información escrita sobre el medicamento, lo que incluye la marca y los nombres genéricos.
- Infórmele a su proveedor de salud si no se siente bien después de recibir un medicamento. Si piensa que tiene una reacción o experimenta efectos secundarios, pida ayuda de inmediato.
- No tenga miedo de hablar con su proveedor de salud si piensa que está por recibir un medicamento incorrecto.
- Recuérdele a su proveedor de salud las alergias que tiene o las reacciones negativas que tuvo a otros medicamentos.
- Tenga en cuenta que sus proveedores de salud revisarán su brazalete y le preguntarán su nombre y fecha de nacimiento antes de cualquier procedimiento o la administración de medicamentos.
- Antes de abandonar el hospital, asegúrese de comprender todas las instrucciones sobre los medicamentos que deberá seguir tomando y los medicamentos que deberá dejar de tomar.
- Haga cualquier pregunta que pueda tener sobre cualquiera de sus medicamentos.
- Lea la etiqueta de sus medicamentos recetados. Asegúrese de que esta tenga su nombre y el nombre del medicamento y la dosis correctos. Algunos medicamentos tienen nombres similares y pueden confundirse fácilmente entre ellos. Asegúrese de que su medicamento tenga la misma apariencia que tiene normalmente. Si algo no concuerda, consulte de inmediato a su proveedor de salud.
- Tome su medicamento de la forma recetada y no deje de tomarlo sin hablar primero con su proveedor de salud.
- Si recibe una receta para antibióticos, utilice todo el medicamento de la forma recetada hasta que se termine. Nunca use antibióticos recetados para otra persona ni dé a otra persona sus medicamentos.



# Aviso de prácticas de confidencialidad

---

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

## ACUERDO ORGANIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA DE STONY BROOK

El Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook (Stony Brook Organized Health Care Arrangement, SBOHCA) está constituido con el único objetivo de facilitar el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y no implica compromisos, garantías, obligaciones o responsabilidades legales más allá del cumplimiento de la ley HIPAA. Las entidades cubiertas que participan en el Acuerdo Organizado de Atención Médica (Organized Health Care Arrangement, OHCA) aceptan cumplir los términos de este aviso en relación con la información médica protegida (Protected Health Information, PHI) creada o recibida por la entidad cubierta en el marco de su participación en OHCA. Las entidades cubiertas de SBOHCA incluyen a Stony Brook University Hospitals (SBUHs); las Organizaciones de Profesores Universitarios (University Faculty Practice Corporations, UFPC); la SB Community Medical, P. C. (SBCM); Meeting House Lane Medical, P.C.; el Hogar de Veteranos del Estado de Long Island (LISVH); ya diversas facultades académico profesionales de salud, por ejemplo, la Facultad de Medicina (School of Medicine), la Facultad de Medicina Dental (School of Dental Medicine), la Facultad de Enfermería (School of Nursing), la Facultad de Tecnología y Administración de la Salud (School of Health Technology and Management), la Facultad de Bienestar Social (School of Social Welfare) y la Facultad de Farmacia (School of Pharmacy), sus empleados, profesionales contratados y estudiantes. Las entidades cubiertas, que integran SBOHCA, se encuentran en diversos sitios en toda el área metropolitana de Nueva York. Este aviso rige para todas estas instituciones.

Las entidades cubiertas que participan en SBOHCA compartirán información médica protegida entre ellas en la medida de lo necesario para llevar a cabo tratamiento, pagos u operaciones de atención médica relacionados con OHCA. Es posible que las entidades cubiertas que conforman SBOHCA tengan políticas y procedimientos distintos en relación con el uso y la divulgación de información de salud creada y conservada en cada uno de los centros. Además, si bien todas las entidades que conforman SBOHCA utilizarán este aviso, los miembros voluntarios del personal médico utilizarán un aviso específico para su práctica cuando proporcionen servicios en sus consultorios privados. Si tiene alguna pregunta en relación con alguna parte de este aviso o desea obtener más información sobre las entidades cubiertas de SBOHCA, por favor comuníquese con el encargado de privacidad llamando al **631-444-5796**.

## EL ACUERDO ORGANIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA DE STONY BROOK (SBOHCA) PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PARA:

**Tratamiento:** Se puede usar y divulgar su información de salud para brindarle tratamientos o servicios médicos. Revelaremos su información médica protegida a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes en programas de capacitación u otros miembros de personal, voluntarios, individuos contratados que participen en su atención y a otros proveedores, como su médico de atención primaria, para la continuidad de su atención médica.

**Pagos:** Las entidades cubiertas de SBOHCA usarán y revelarán su información de salud a otros proveedores de atención médica para asistir en el pago de sus facturas. También se utilizará su información de salud para enviar facturas y recibir pagos de parte suya, de su compañía de seguro o de otros pagadores, tales como Medicare, por la atención, el tratamiento y otros servicios relacionados que usted reciba. Es posible que le informemos a su aseguradora de salud acerca de los tratamientos que su médico recomiende a fin de obtener autorización previa para determinar si su plan cubrirá el costo del tratamiento.

**Operaciones:** Se puede utilizar y divulgar su información de salud para fines de operaciones de atención de salud. Por ejemplo, la información de registros médicos se utiliza para obtener y conservar la acreditación y certificación.

**Consentimiento:** En el Estado de Nueva York se requiere su consentimiento general para el tratamiento y el pago. Una vez que firma el consentimiento general, tendrá vigencia indefinidamente hasta que usted retire/revoque su consentimiento general. Para retirar/revocar su consentimiento general en cualquier momento, debe enviar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad. Por favor, comuníquese con la Oficina de Privacidad llamando al **631-444-5796** para recibir instrucciones/ opciones para enviar su solicitud por escrito para retirar/ revocar su consentimiento. Una vez que retira/revoca su consentimiento, la entidad individual o las entidades de SBOHCA ya no podrán proporcionarle tratamiento, ni usar y divulgar su información de salud, salvo en la medida en que la entidad individual o entidades de SBOHCA ya hayan actuado en función de su consentimiento. Por ejemplo, si la entidad de SBOHCA le brindó tratamiento antes de que usted retire/revoque su consentimiento general, la entidad de SBOHCA podrá continuar compartiendo su información de salud con su compañía de seguro a los fines de obtener pagos por dicho tratamiento.

**Las entidades de SBOHCA obtendrán su autorización para usar y divulgar su información de salud del siguiente modo:**

**Notas de terapia psicológica:** Cualquier uso y divulgación de las notas de terapia psicológica, salvo brindar tratamiento, obtener pagos y realizar operaciones de atención médica, requieren su autorización.

**Venta de información protegida de salud:** Se les exige a las entidades individuales o a las entidades de SBOHCA que obtengan su autorización para cualquier uso y divulgación de su información protegida de salud por los cuales la entidad individual o las entidades de SBOHCA reciban cualquier forma de incentivo o pago.

**Las entidades de SBOHCA le brindarán la oportunidad de aceptar o rechazar los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud (salvo que se encuentre discapacitado, tenga algún impedimento para responder o en caso de emergencia):**

**Directorio de pacientes:** Es posible que se registre el nombre, la unidad en la que se encuentra, el estado general de salud y la afiliación religiosa de los pacientes hospitalizados en el directorio de pacientes. Es posible que se proporcione información tal como su ubicación o estado de salud, en la medida de lo pertinente, a miembros del clero, familiares, visitantes y personal de prensa que pregunte por usted indicando su nombre. Si usted no quiere que registremos esta información en el directorio de pacientes o les brindemos dicha información a miembros del clero u otras personas, debe solicitar hablar con el Subdirector de enfermería (Assistant Director of Nursing, ADN) que se encuentre de turno en cualquier momento durante su hospitalización.

**Comunicación con las personas involucradas en su atención:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden usar y divulgar su información de salud para notificar o asistir en notificar a un familiar o amigo cercano sobre su estado general de salud, otra información que sea necesaria para participar en las decisiones sobre su atención o en caso de muerte. Si usted no puede o no está disponible para aceptar o rechazar estas notificaciones, nuestros profesionales de la salud aplicarán su mejor criterio para comunicarse con sus familiares y amigos.

**Emergencias, asistencia en caso de desastres:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden utilizar y divulgar su información de salud a una entidad pública o privada autorizada para asistir en caso de emergencia o de desastre.

**Personas fallecidas:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden utilizar y divulgar la información de salud de una persona fallecida a familiares, parientes o amigos personales cercanos que participaron en brindarle y/o pagar la atención médica recibida por el fallecido y en caso de que sea relevante para la participación de dicha persona en la atención del fallecido, salvo que hacerlo resulte contrario a alguna preferencia expresada con antelación por el fallecido a la entidad de SBOHCA.

**Las entidades de SBOHCA no están obligadas a brindarle la oportunidad de aceptar o rechazar los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud:**

**Por disposición legal:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden utilizar y divulgar su información de salud para cumplir con la legislación federal y estatal. Por ejemplo, a una autoridad de salud pública autorizada por ley a recabar o recibir dicha información con el objetivo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o a un empleador sobre un empleado en relación con la vigilancia médica o con una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

**Actividades de supervisión de salud/Asuntos judiciales:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden divulgar su información de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias, certificación identificación de individuos involucrados en una investigación policial o actividades relacionadas, o para responder a una citación.

**Persona fallecida/información sobre donación de órganos o salud y seguridad personal:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden divulgar su información de salud a médicos forenses, examinadores médicos y directores de casas fúnebres; organizaciones involucradas en la adquisición, el almacenamiento o el trasplante de órganos y tejidos; y para prevenir o reducir una amenaza para la salud y seguridad de una persona o el público.

**Funciones gubernamentales especializadas o indemnización laboral:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden divulgar su información para: actividades militares y de veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia; y situaciones de custodia correccional u otra aplicación de la ley. También es posible que divulguemos la información de salud que sea necesaria para cumplir con las leyes de indemnización laboral.

**Investigación:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden usar y divulgar su información de salud para fines investigativos, independientemente de la fuente de financiación, aprobados por la Junta de Revisión Institucional (IRB) correspondiente o cualquier exención aplicable.

**Mercadeo y recaudación de fondos:** Las entidades individuales de SBOHCA pueden comunicarse con usted para brindarle información sobre otro tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted. Además, es posible que las entidades de SBOHCA se comuniquen con usted para que participe en actividades de mercadeo o de recaudación de fondos. Usted puede optar por no recibir información de mercadeo y de recaudación de fondos. Las entidades de SBOHCA no le venderán su información de salud a terceros para fines de mercadeo o recaudación de fondos ni aceptarán pagos de terceros para usar su información de salud para comercializar un producto o servicio, o para actividades de recaudación de fondos. Para optar por no recibir información de mercadeo o recaudación de fondos puede comunicarse con el encargado de privacidad de SBUH llamando al **631-444-5796** o enviar por correo electrónico su solicitud incluyendo su nombre y fecha de nacimiento a **HIPAA@stonybrookmedicine.edu**.

**Cambio de titularidad:** En caso de que una entidad (o entidades) se venda(n) o deba(n) desprenderse de SBOHCA, su información de salud pasará a ser propiedad del nuevo titular/entidad y estará sujeta a sus políticas sobre información de salud, así como a las leyes federales y estatales.

**Divulgación incidental:** Las entidades individuales de SBOHCA tomarán las medidas razonables para proteger la privacidad de su información de salud; sin embargo, se pueden producir determinados usos y divulgaciones incidentales de su información de salud como resultado de usos y divulgaciones permitidas que son limitadas por su naturaleza y no pueden ser razonablemente evitadas. Por ejemplo, es posible que un tercero escuche conversaciones sobre su información de salud.

## SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN DE SALUD

**Recibir comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar recibir su información de salud a través de un medio alternativo razonable o en un lugar alternativo. Por ejemplo, nos puede dar su número de teléfono celular en lugar del número de teléfono particular como su número principal o usar una casilla de correo en lugar del domicilio postal de su hogar como domicilio principal.

**Restringir el uso/divulgación:** Tiene derecho a presentar una solicitud escrita para restringir determinados usos y divulgaciones de su información de salud. Aunque intentaremos cumplir su solicitud, las entidades individuales de SBOHCA no están obligadas a aceptar o cumplir con la restricción solicitada; excepto las solicitudes para restringir la divulgación de información de salud a su plan/ cobertura de salud en caso de que la divulgación sea para obtener pagos o realizar operaciones de salud y pertenezca a un artículo o servicio de atención médica para el cual ya se ha obtenido la totalidad del pago directo en el momento en que se prestó el servicio.

**Inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a presentar una solicitud por escrito con firma original para inspeccionar o recibir una copia de su información de salud. Las entidades individuales de SBOHCA cuentan con políticas y procedimientos para brindarle un acceso adecuado para inspeccionar o recibir una copia de su información de salud. Si su información de salud se almacena en forma electrónica usted puede solicitar una copia electrónica en lugar de una copia impresa. Se le proporcionará un CD que contenga la información de salud solicitada. Si solicita una copia de su información de salud, podremos cobrarle una tarifa razonable por las copias.

**Modificar/corregir información:** Tiene derecho a presentar una solicitud por escrito para modificar/ corregir su información de salud. Las entidades individuales de SBOHCA no están obligadas a realizar la modificación solicitada a su información de salud. Se responderá su solicitud por escrito y si su solicitud es denegada, la respuesta incluirá el motivo de la denegación e información sobre cómo apelar la denegación.

**Recibir un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a presentar una solicitud por escrito para recibir un informe de las divulgaciones realizadas por las entidades individuales de SBOHCA de su información de salud. No tenemos obligación de dar cuenta de todas las divulgaciones de su información de salud. Por ejemplo, no se requiere un informe de divulgación para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de salud; para información que se le proporcionó a usted, información que fue divulgada con autorización suya por escrito/permisos y divulgaciones requeridas por la ley federal o estatal.

**Explicación detallada de derechos:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso de prácticas de confidencialidad. Si desea recibir información más detallada de estos derechos o desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con la Oficina de Privacidad llamando al **631-444-5796** o visite el sitio web: **stonybrookmedicine.edu/patientcare/patientprivacy**.

**Obligaciones de SBOHCA:** Las entidades individuales de SBOHCA le notificarán, según lo requiera la ley, toda vez que se produzca un incumplimiento relacionado con su información protegida de salud.

## MODIFICACIONES A ESTE AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Las entidades individuales de SBOHCA están obligadas por ley a cumplir con el presente aviso de prácticas de confidencialidad. Este aviso puede ser modificado y se pondrá a disposición mediante solicitud verbal o escrita de cualquier entidad individual de SBOHCA o comunicándose con el encargado de privacidad llamando al **631-444-5796**, por correo electrónico escribiendo a **HIPAA@stonybrookmedicine.edu** o puede acceder a través de Internet en: **stonybrookmedicine.edu/patientcare/patientprivacy**.

## RECLAMOS

Los reclamos relacionados con este aviso o relacionados con la forma en la cual las entidades individuales de SBOHCA manejan su información de salud se deben dirigir al encargado de privacidad llamando al **631-444-5796** o escribiendo a **HIPAA@stonybrookmedicine.edu**. No tomaremos ninguna represalia ni iniciaremos acciones en su contra por presentar un reclamo.

Si usted considera que cualquiera de las entidades individuales de SBOHCA ha violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, a través de:

**http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/** o llamando al **800-368-1019**.

Fecha de entrada en vigencia del aviso original: 14 de abril de 2003.

Fecha de entrada en vigencia del aviso modificado 23 de septiembre de 2013.

Fecha de entrada en vigencia del aviso modificado: 22 de agosto de 2016.

Fecha de entrada en vigencia del aviso modificado: 1 de agosto de 2017.

Stony Brook University/SUNY es una institución que promueve las acciones afirmativas y ofrece igualdad de oportunidades en la educación y el empleo. Para adaptaciones relacionadas con la facilidad de acceso, llame al **631-444-4000**. 16120861H

# Sus Derechos y Protecciones Contra las Facturas Médicas Inesperadas

---

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido de la facturación de saldos. En estos casos, no deberían cobrarle más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

## ¿Qué es la “facturación de saldos” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando acude a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos **gastos de su propio bolsillo**, como un **copago**, un **coseguro** o un **deducible**. Es posible que tenga costos adicionales o que tenga que pagar toda la factura si acude a un proveedor o visita un centro de salud que no está en la red de su plan de salud.

El término “fuera de la red” hace referencia a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el importe total cobrado por un servicio. A esto se lo denomina “**facturación de saldos**”. Este importe es probablemente superior a los costos por recibir el mismo servicio dentro de la red, y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura inesperada de saldos. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención médica, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

## Está protegido de la facturación de saldos en los siguientes casos:

### Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor u hospital fuera de la red, lo máximo que le pueden facturar es el importe de los costos compartidos de la red de su plan (como copagos, coseguros y deducibles). **No** se le pueden facturar los saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización. Si su tarjeta de identificación del seguro dice “cobertura de seguro completa”, **no puede** dar su consentimiento por escrito y renunciar a sus protecciones para que no le facturen el saldo de los servicios posteriores a la estabilización.

### Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, puede que algunos proveedores que trabajan en dicho centro estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle esos proveedores es el importe de los costos compartidos de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, y servicios de cirujano asistente, hospitalista e intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen ese saldo. 17 de diciembre de 2021

Si recibe otro tipo de servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones. Si su tarjeta de identificación del seguro dice "cobertura de seguro completa", **no puede** renunciar a sus protecciones para estos otros servicios si son una facturación sorpresa. La facturación sorpresa se produce cuando usted se encuentra en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red y, como no hay un médico participante disponible, un médico no participante le presta servicios sin su conocimiento o se le prestan servicios médicos imprevistos.

### **Servicios remitidos por su médico de la red**

Si su tarjeta de identificación del seguro dice "cobertura de seguro completa", las facturas sorpresa incluyen cuando su médico de la red lo remite a un proveedor fuera de la red sin su consentimiento (incluidos los servicios de laboratorio y patología). Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen ese saldo. Es posible que tenga que firmar un formulario (disponible en el sitio web del Departamento de Servicios Financieros) para que se aplique la protección total de la facturación de saldo.

**Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.**

**Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene las siguientes protecciones:**

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe cumplir con lo siguiente:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle la aprobación de los servicios por adelantado (también conocido como "autorización previa").
  - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red, y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
  - Contar cualquier cantidad que usted pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red a favor del deducible y del límite de gastos de su bolsillo dentro de la red.

**Si cree que se le ha facturado erróneamente y su cobertura está sujeta a la legislación de Nueva York** ("cobertura de seguro completa"), póngase en contacto con el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York llamando al **(800) 342-3736** o enviando un correo electrónico a **surprisemedicalbills@dfs.ny.gov**. Visite **<http://www.dfs.ny.gov>** para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley estatal.

En el caso de tener una cobertura autofinanciada o adquirida fuera de Nueva York, póngase en contacto con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) llamando al **1-800-985-3059**.

Visite **<http://www.cms.gov/nosurprises/consumers>** para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.

*Fecha de revisión, 20 de diciembre de 2021*

## VII. ¿Preguntas sobre sus derechos?

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos o si necesita ayuda para resolver un problema, comuníquese con el Departamento de Apoyo al Paciente de Stony Brook University Hospital llamando al **631-444-2880**. Un representante de Apoyo al Paciente está disponible para responder sus preguntas acerca de su hospitalización y le proporcionará un medio a través del cual pueda expresar sus preocupaciones.

También puede solicitar ayuda llamando al **Departamento de Salud del Estado de Nueva York 800-804-5447** o por correo electrónico a **hospinfo@health.state.ny.us**.

La Comisión Conjunta es otro recurso para brindar ayuda a los pacientes. Puede comunicarse con la Comisión Conjunta de las siguientes maneras:

**En internet:** [jointcommission.org/report\\_a\\_complaint.aspx](http://jointcommission.org/report_a_complaint.aspx)

**Correo electrónico:** [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org)

**Teléfono:** **800-994-6610**

**Fax:** **630-792-5636**

**Por correo postal:** Office of Quality Monitoring  
The Joint Commission  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, Illinois 60181

## VIII. Números telefónicos útiles

Programa de Asistencia Financiera.....	631-444-4331
• Pagos de plazo extendido .....	631-444-4140
HealthConnect .....	631-444-4000
Apoyo al paciente.....	631-444-2880
Servicios de facturación al paciente/hospital .....	631-444-4151
Servicios financieros al paciente (incluye solicitudes de Medicaid) .....	631-444-7583
Facturación del médico.....	631-444-4800
Preinscripción.....	631-444-1870
Central telefónica .....	631-689-8333













# Stony Brook Medicine

[stonybrookmedicine.edu](http://stonybrookmedicine.edu)



Stony Brook University/SUNY es una institución que promueve las acciones afirmativas y ofrece igualdad de oportunidades en la educación y el empleo.

Revised January 2022