

# **Stony Brook Medicine**

**Consentimientos generales,  
acuerdos, aceptaciones y guía  
para los servicios de observación**



**Stony Brook Medicine**

# Tabla de Contenido

<b>I. Hablamos su idioma</b>	<b>1</b>
<b>II. Lo que debe saber</b>	<b>3</b>
<b>III. Consentimientos generales, acuerdos y aceptaciones</b>	
Consentimiento general y acuerdos para los siguientes servicios: Hospitalización, Observación, Departamento de Emergencias, Cirugía Ambulatoria y Pruebas Prequirúrgicas	6
Consentimiento general y acuerdos para servicios hospitalarios ambulatorios	10
Acuerdos para prácticas médicas	14
Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos	17
Formulario de Elección de Días de Reserva de por Vida de Medicare	19
Formulario de Asignación de Beneficios de la Ley de Seguros sin Adjudicación de Culpa para Vehículos Motorizados de Nueva York	20
Consentimiento del paciente para la divulgación de registros médicos para apelación externa al estado de Nueva York	21
Consentimiento del Sistema de Mejora de Servicios Psiquiátricos y Clínicos (PSYCKES)	22
Retiro de consentimiento del Sistema de Mejora de Servicios Psiquiátricos y Clínicos (PSYCKES)	24
<b>IIIa. Servicios de Observación</b>	
Información acerca de sus derechos y su estatus como paciente hospitalizado o en observación	25
Notificación de observación ambulatoria (MOON)	30
<b>IV. HIE Healthix</b>	
¿Qué es Healthix?	32
Autorización para acceder a la información del paciente mediante una organización de Intercambio de Información de Salud	33
<b>V. Pago de su atención en Stony Brook Medicine - Servicios participantes y fuera de la red (OON)</b>	<b>36</b>
<b>VI. ¿Ha cambiado algo?</b>	<b>37</b>
<b>VII. Números telefónicos útiles</b>	<b>38</b>

# I. Hablamos su idioma

Stony Brook Medicine cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Stony Brook Medicine no excluye a las personas ni las trata de diferente manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## Stony Brook Medicine:

- Ofrece audífonos y servicios gratis para las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, entre estos:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

## Si necesita estos servicios, comuníquese con:

### Stony Brook University Hospital

Roseanna Ryan  
Directora de Servicios de Apoyo al  
Paciente y Asistencia de Idiomas  
Teléfono **1-631-444-2880**

### Stony Brook Eastern Long Island Hospital

Janet Jackowski  
Vicepresidenta de Servicios de Salud  
Conductual y Servicios Sociales  
Teléfono **631-477-5710**

### Stony Brook Southampton Hospital

Eylin Loria  
Directora de Servicios de Diversidad,  
Equidad, Inclusión e Idiomas  
Teléfono **1-631-726-8331**

Si cree que Stony Brook Medicine no brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

### Stony Brook University Hospital

Roseanna Ryan  
Directora de Servicios de Apoyo al  
Paciente y Asistencia de Idiomas  
101 Nicolls Road, Hospital,  
Level 5, Room 540  
Stony Brook, NY 11794-7522  
Teléfono **1-631-444-2880** o Fax  
**1-631-444-6637**  
Correo electrónico [roseanna.ryan@stonybrookmedicine.edu](mailto:roseanna.ryan@stonybrookmedicine.edu)

### Stony Brook Eastern Long Island Hospital

Janet Jackowski  
Servicios de Salud Conductual  
y Servicios Sociales  
Stony Brook  
Eastern Long Island Hospital  
201 Manor Place Greenport NY 11944  
Teléfono **631-477-5710**  
Correo electrónico [Janet.Jackowski@stonybrookmedicine.edu](mailto:Janet.Jackowski@stonybrookmedicine.edu)

### Stony Brook Southampton Hospital

Mark Strecker  
Director Ejecutivo,  
Servicios para Pacientes y Visitantes  
240 Meeting House Lane  
Southampton, NY 11968  
Teléfono **1-631-726-8941**  
Correo electrónico [Mark.Stecker@stonybrookmedicine.edu](mailto:Mark.Stecker@stonybrookmedicine.edu)

También puede presentar un reclamo de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de la Oficina de Reclamos de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

#### 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)**

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.  
Llame a Stony Brook Hospital e Eastern Long Island: 1-631-444-2880/Southampton Hospital: 1-631-726-8331.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë.  
Telefono në Stony Brook Hospital dhe Eastern Long Island: 1-631-444-2880 / Southampton Hospital: 1-631-726-8331.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. يمكن الاتصال بمستشفى  
.Southampton Hospital: 1-631-726-8331 مستشفى / Eastern Long Island: 1-631-444-2880 مستشفى Stony Brook Hospital

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে।  
Stony Brook Hospital and Eastern Long Island কল করুন: 1-631-444-2880 / Southampton Hospital: 1-631-726-8331.

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 Stony Brook Hospital and Eastern Long Island : 1-631-444-2880 / Southampton Hospital : 1-631-726-8331。

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le  
Stony Brook Eastern Long Island Hospital au : 1-631-444-2880 / le Stony Brook Southampton Hospital au : 1-631-726-8331.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou.  
Rele Stony Brook ak Eastern Long Island Hospital: 1-631-444-2880 / Southampton Hospital: 1-631-726-8331.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες  
παρέχονται δωρεάν. Καλέστε το Stony Brook Hospital and Eastern Long Island στο: 1-631-444-2880 /  
το Southampton Hospital στο: 1-631-726-8331.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti.  
Chiamare Stony Brook Hospital and Eastern Long Island: 1-631-444-2880 / Southampton Hospital: 1-631-726-8331

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.  
Stony Brook Eastern Long Island Hospital(스토니 브룩 이스턴 롱 아일랜드 병원)에 1-631-444-2880번으로 /  
Southampton Hospital(사우스햄튼 병원)에 1-631-726-8331번으로 연락해 주십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Numer telefonu do  
szpitala Stony Brook Hospital i Eastern Long Island Hospital: 1-631-444-2880 / numer telefonu do szpitala  
Southampton Hospital: 1-631-726-8331.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.  
Звоните в больницу Stony Brook Eastern Long Island Hospital по телефону: 1-631-444-2880 / в больницу  
Southampton Hospital по телефону: 1-631-726-8331.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.  
Tawagan ang Stony Brook Hospital at Eastern Long Island: 1-631-444-2880 / Ospital ng Southampton: 1-631-726-8331.

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔  
سٹونی بروک ہسپتال اور ایسٹرن لانگ آئی لینڈ کو کال کریں: 1-631-444-2880 / ساؤتھیمپٹن ہسپتال: 1-631-726-8331

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל.  
רופט Stony Brook Hospital און Southampton Hospital: 1-631-726-8331 / Eastern Long Island: 1-631-444-2880

## II. Lo que debe saber

Este folleto, *Consentimientos generales, acuerdos, aceptaciones y guía para los servicios de observación de Stony Brook Medicine*, sirve para que usted y su representante entiendan lo que necesitan saber sobre sus consentimientos generales e incluye el texto que figura en el consentimiento electrónico o en papel que usted firma. Este folleto se le entrega en el momento en que firma el consentimiento, los acuerdos y los formularios de confirmación para su atención general y tratamiento en la ubicación de su hospital o proveedor de Stony Brook Medicine.

Estos consentimientos generales y acuerdos no incluyen los consentimientos quirúrgicos o de procedimientos específicos, firmados por separado, que le entregan los médicos u otros profesionales certificados. En Stony Brook Medicine, se firma un formulario de consentimiento general y acuerdo para cada consulta de hospitalización, observación, del Departamento de Emergencias o de Cirugía Ambulatoria (y correspondientes).

Para los servicios hospitalarios ambulatorios, se firma un formulario de consentimiento general y acuerdo para cada persona, que es válido durante un año completo (365 días) para este tipo de visitas.

Si tiene alguna pregunta, tenga en cuenta que puede consultar a su proveedor de cuidados de Stony Brook o puede llamar a los números telefónicos útiles que aparecen al final de este folleto.

### **Consentimiento general y acuerdos para los siguientes servicios: Hospitalización, Observación, Departamento de Emergencias, Cirugía Ambulatoria y Pruebas Prequirúrgicas**

Este formulario de consentimiento general y acuerdo es específico para su atención en el Departamento de Emergencias, visita de observación, hospitalización, estadía para cirugía ambulatoria o sus pruebas prequirúrgicas relacionadas con este encuentro, por lo que, si entra por la sala de emergencias y da su consentimiento, y más tarde lo admiten como paciente hospitalizado, por ejemplo, este consentimiento lo cubre para este encuentro. Otro ejemplo sería firmar este consentimiento en el momento de la prueba prequirúrgica, que cubre la visita de la prueba prequirúrgica y el consentimiento para ese procedimiento quirúrgico, siempre y cuando la prueba y el procedimiento tengan una diferencia de 30 días. Este consentimiento general tiene 8 secciones, que incluyen lo siguiente:

- 1) Consentimiento general para tratamiento
- 2) Servicios de Telehealth
- 3) Desecho de tejidos y muestras
- 4) Responsabilidad por la atención del paciente
- 5) Derecho a designar un cuidador (a elegir a alguien para que lo cuide cuando usted regrese a su hogar)
- 6) Fotografías/videos/grabaciones de audio
- 7) Objetos personales de valor
- 8) Comunicaciones
- 9) Guías informativas: aceptación de que ha recibido las guías informativas de acuerdo con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH)

Si tiene más preguntas sobre sus consentimientos, puede hacerlas al registrarse o en cualquier momento posterior, o puede consultar la sección titulada "Números telefónicos útiles" para obtener más información.

## **Consentimiento general y acuerdos para servicios hospitalarios ambulatorios**

Este formulario de consentimiento general y acuerdo es específicamente para sus servicios ambulatorios, que incluye las visitas al hospital como paciente ambulatorio. Este consentimiento será válido para todos los servicios hospitalarios que reciba durante un año (hasta 365 días). Este consentimiento tiene 6 secciones, que incluyen lo siguiente:

- 1) Consentimiento general para tratamiento
- 2) Servicios de Telehealth
- 3) Desecho de tejidos y muestras
- 4) Responsabilidad por la atención del paciente
- 5) Fotografías/videos/grabaciones de audio
- 6) Comunicaciones
- 7) Aceptación de que ha recibido las guías informativas de acuerdo con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH)

Si tiene más preguntas sobre sus consentimientos, puede hacerlas al registrarse o en cualquier momento posterior, o puede consultar la sección titulada "Números telefónicos útiles" para obtener más información.

## **Acuerdos para prácticas médicas [PARA PACIENTES QUE REALIZAN VISITAS A PROVEEDORES DE SERVICIOS AMBULATORIOS]**

Tal como sucede con el consentimiento general, este acuerdo es específico para su visita al **proveedor** de servicios ambulatorios.

### **Secciones adicionales - Consentimientos generales y acuerdos**

#### **Aceptación de las Prácticas de confidencialidad [PARA TODOS LOS PACIENTES]**

Al firmar la Aceptación de las Prácticas de Privacidad, reconoce que le hemos explicado que su información se mantiene con la máxima confidencialidad y que seguimos todas las normas relativas a la privacidad de la atención médica de conformidad con la normativa de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

#### **Divulgación de información, Autorización para divulgar información médica a mi cuidador, Divulgación de información al médico de atención primaria y Cesión general [PARA TODOS LOS PACIENTES]**

La Cesión de beneficios nos permite facturar a su compañía de seguros. Al firmar la Divulgación de información y la Cesión general, permite a nuestro centro facturar a su compañía de seguros el pago con su consentimiento. Y, del mismo modo, permite que se dé información a un cuidador, en caso de que elija uno.

#### **Acuerdos financieros/Garantía de pago [PARA TODOS LOS PACIENTES]**

El Acuerdo financiero reconoce que usted es responsable de la totalidad o parte de su factura. Esto incluye la facturación del hospital y del médico por separado. Consulte la sección V para obtener información sobre la atención fuera de la red. Algunos médicos pueden o no estar en su plan de salud. Se incluyen números de teléfono y direcciones web para mayor información.

Al pagar con tarjeta de crédito, declara que este monto ya no se considera como deuda médica. Renuncia a ciertas protecciones federales y estatales en torno a la deuda médica, específicamente, a las limitaciones en las tasas de interés y las prohibiciones de embargo de salarios, los embargos de bienes y la notificación de deudas médicas a oficinas de crédito.

#### **Cesión de beneficios de Medicare [SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE]**

Al firmar la Cesión de beneficios de Medicare, autoriza al hospital a presentar una solicitud de pago a Medicare en su nombre.

## **Otros consentimientos y avisos**

### **Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos [SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE]**

Debido a que es un paciente con Medicare, esta es la aceptación de que ha recibido un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos como paciente hospitalizado.

### **Formulario de Elección de Días de Reserva de por Vida de Medicare [SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE HOSPITALIZADOS]**

Asegúrese de leer y entender en qué consisten los días de reserva de por vida. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esto, consulte los números de teléfono indicados en el Formulario de Elección de Días de Reserva de por Vida de Medicare que se incluye en este folleto.

### **Notificación de observación ambulatoria de Medicare (Medicare Outpatient Observation Notice, MOON)**

En este folleto, se incluye información acerca de sus derechos y su estatus como paciente en observación, incluidos los consentimientos relacionados.

### **Formulario de asignación de beneficios de la Ley de seguros sin adjudicación de culpa para vehículos motorizados de Nueva York (si corresponde) [PARA PACIENTES INVOLUCRADOS EN ACCIDENTES VEHICULARES Y PEATONALES, \*NO INCLUYE ACCIDENTES DE MOTOCICLETAS]**

*\*Si el paciente tiene un seguro MedPay, este formulario se aplicaría en caso de accidentes de motocicleta.*

Este es un formulario importante si se vio involucrado en un accidente automovilístico relacionado sin adjudicación de culpa, que permite a Stony Brook Medicine facturar y recibir el reembolso en su nombre.

### **Consentimiento del paciente para la divulgación de registros médicos para apelación externa al Estado de Nueva York [SOLO PARA SERVICIOS HOSPITALARIOS]**

El paciente/el representante del paciente y el proveedor de servicios médicos 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 para la divulgación de sus registros médicos.

### **Información sobre PSYCKES y consentimiento/retiro [SOLO PARA PACIENTES DE MEDICAID]**

Este consentimiento permite a su equipo de tratamiento acceder a su información de salud en una base de datos de Medicaid. Esta base de datos de Medicaid que contiene su información médica y de salud conductual ayudará a nuestro equipo de tratamiento a proporcionarle la mejor atención posible.

### **Healthix [PARA TODOS LOS PACIENTES]**

El sistema de salud de Stony Brook Medicine, sus centros y proveedores participan en Healthix, un intercambio de información de salud que permite a los proveedores de atención médica de todo el estado de Nueva York compartir de forma segura información sobre el historial médico del paciente de forma electrónica para mejorar la calidad de la atención médica. Healthix está certificado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), y todas las leyes de confidencialidad federales y del estado de Nueva York. El paciente da el consentimiento para acceder a estos datos. En Stony Brook Medicine, puede optar por dar su consentimiento, dar su consentimiento solo en caso de una emergencia médica o no dar su consentimiento.

### **Pago de su atención en Stony Brook Medicine - Servicios participantes y fuera de la red (Out of Network, OON) [PARA TODOS LOS PACIENTES]**

Consulte esta sección del folleto para saber cómo se le cobrarán los servicios que recibirá, incluidos los cargos de los proveedores no participantes y de la cobertura fuera de la red.

### **¿Ha cambiado algo? [PARA TODOS LOS PACIENTES]**

Por su seguridad y para garantizar una facturación adecuada, la información actualizada es importante. Consulte la sección VI. "¿Ha cambiado algo?" para asegurarse de que tengamos su información actualizada sobre farmacia, médico de atención primaria, contacto y cobertura de seguro.

# III. Consentimientos generales, acuerdos y aceptaciones



## Consentimiento general y acuerdos para los siguientes servicios: Hospitalización, Observación, Departamento de Emergencias, Cirugía Ambulatoria y Pruebas Prequirúrgicas

### Con la firma de este documento:

#### **Consentimiento General y Acuerdos para Hospitalización, Departamento de Emergencias, Observación, Cirugía Ambulatoria y Pruebas Prequirúrgicas**

- 1. Consentimiento general para tratamiento:** Doy mi consentimiento para que Stony Brook University Hospital (incluidas todas las instalaciones de Stony Brook University Hospital) 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 este Encuentro, Hospitalización, Procedimiento Quirúrgico, Cirugía Ambulatoria y las correspondientes visitas de Estudios Prequirúrgicos 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 Encuentros y Procedimientos Quirúrgicos de hospitalización, o Procedimientos de Cirugía Ambulatoria y las correspondientes visitas de Estudios Prequirúrgicos, visitas al Departamento de Emergencia y/o estadías de Observación.
- 2. Servicios de Telehealth:** 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 audiovisual interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y el médico u otros proveedores médicos autorizados para hacer evaluaciones, diagnósticos y tratamientos. En cuanto a los pacientes que se atienden con un psiquiatra o un proveedor de salud conductual, la telemedicina también puede incluir comunicación de audio (por teléfono) en tiempo real si no es posible recurrir a la comunicación audiovisual interactiva y bidireccional en tiempo real, o bien, si el paciente así lo solicita.  
Las imágenes y/o conversaciones de las videoconferencias de Telehealth pueden ser grabadas y podrían formar parte del registro médico electrónico.  
Mi médico 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:** Entiendo que todos los tejidos y las muestras que me retiren durante mi atención y tratamiento son propiedad de Stony Brook University Hospital. También autorizo a Stony Brook University Hospital a desechar estos tejidos y muestras de forma apropiada cuando lo consideren necesario.
- 4. Responsabilidad por la atención del paciente:** Entiendo que mi médico tratante es responsable de mi atención y que él/ella puede asignar a otros médicos, profesionales y miembros del personal de este hospital cuando se considere apropiado para que me brinden atención. También entiendo que Stony Brook University Hospital 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:** 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 mejor.
6. **Fotografías/Videos/Grabaciones de audio:** 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 fotografías, videos o grabaciones de audio, aparte de como un componente de una videoconferencia de Telehealth, Stony Brook University Hospital obtendrá mi autorización por escrito, a menos que las imágenes/grabaciones de audio no me identifiquen o se hayan modificado de tal manera que no sea posible identificarme. Entiendo que los videos, fotografías y/o grabaciones de audio que se realicen para registrar mi atención médica son parte de mi historia clínica y que aquellos que tengan otros propósitos no lo son.
7. **Objetos de valor personal:** Entiendo que Stony Brook University Hospital 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.
8. **Comunicaciones:** Comprendo que Stony Brook Medicine utiliza una serie de métodos de comunicación, como el teléfono (incluidos los mensajes de correo de voz), mensajes de texto y correos electrónicos para comunicarse por distintos motivos, como recordatorios de citas, servicios disponibles y otras comunicaciones importantes relacionadas con la atención médica. Comprendo que, al proporcionarle a Stony Brook Medicine mi información de contacto, como mi número de teléfono móvil y dirección de correo electrónico, Stony Brook Medicine puede utilizar dicha información de contacto para comunicarme información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) limitada relacionada con mi atención. Asimismo, comprendo que otras personas que puedan recibir mis comunicaciones o responder a ellas pueden recibir PHI limitada, como citas, servicios disponibles u otra información importante relacionada con la atención médica.

---

## Aceptación de las Prácticas de confidencialidad

**Aceptación de las Prácticas de confidencialidad:** Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook (Stony Brook Organized Health Care Arrangement) 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 esta fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

**Divulgación de información:** 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 a Stony Brook University Hospital 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 (Federal 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.

Las normas federales (Parte 2 del título 42 del CFR) prohíben divulgar cierta información sobre el tratamiento de consumo de sustancias sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece o según lo permitido por la norma. Una autorización general para la divulgación de esta información no es suficiente para este propósito.

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 o 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**

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). Se obtendrá una autorización adicional cuando así lo exija la ley.

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 transcurridos 12 meses de la fecha en que se firmó.

### **Divulgación de información al médico de atención primaria y Cesión general**

**Divulgación de información al médico de atención primaria:** Autorizo al personal de Stony Brook University Hospital a divulgar a mi Médico de Atención Primaria (Primary Care Practitioner, PCP) información relacionada con la atención médica para este encuentro con el fin de garantizar la continuidad de mi atención médica. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se obtendrá un formulario de autorización adicional cuando así lo exija la ley.

**Cesión general:** Por la presente transfiero, cedo y traspaso a Stony Brook University Hospital/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 fueron brindados a mí o a mi dependiente.

**Acuerdo financiero/Garantía de pago:** Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago a Stony Brook University Hospital/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 de servicios médicos (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.

Al pagar con tarjeta de crédito, declaro que este monto ya no se considera como deuda médica. Renuncio a ciertas protecciones federales y estatales en torno a la deuda médica, específicamente, a las limitaciones en las tasas de interés y las prohibiciones de embargo de salarios, los embargos de bienes y la notificación de deudas médicas a oficinas de crédito.

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 de servicios médicos a la brevedad posible sobre cualquier cambio en esta información. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor de servicios médicos 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:

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

Números de contacto adicionales: Servicios de Médicos del Plan de Gestión de Práctica Médica (Clinical Practice Management Plan, CPMP) de Stony Brook (médico tratante u 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 Southampton: 631-726-3172  
Meeting House Lane Medical Practice (Médico tratante): 631-283-1126

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

## CESIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE PARA PACIENTES CON MEDICARE

**Cesión de beneficios de Medicare:** 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.

**Guías de información:** 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

Como paciente ambulatorio:

- Folleto titulado: Lo que debe saber como paciente

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

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.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del representante)  
(Signature of Patient (or Representative))

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

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)

\_\_\_\_\_  
Hora  
(Time)

\_\_\_\_\_  
Print Name of Witness  
(Nombre del testigo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Title or Relationship to Patient  
(Cargo o relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Time  
(Hora)

Spanish: AD2N549 (11/24)  
English: AD2N540 (11/24)

# Consentimiento general y acuerdos para servicios hospitalarios ambulatorios

## Con la firma de este documento:

- 1. Consentimiento General para Tratamiento:** Doy mi consentimiento para que Stony Brook University Hospital (incluidas todas las instalaciones de Stony Brook University Hospital) 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 y 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:** 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. En cuanto a los pacientes que se atienden con un psiquiatra o un proveedor de salud conductual, la telemedicina también puede incluir comunicación de audio (por teléfono) en tiempo real si no es posible recurrir a la comunicación audiovisual interactiva bidireccional (en ambos sentidos) y en tiempo real, o bien, si el paciente así lo solicita.  
Las imágenes y/o 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 consulta 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:** Entiendo que todos los tejidos y las muestras que me retiren durante mi atención y tratamiento son propiedad de Stony Brook University Hospital. También autorizo a Stony Brook University Hospital a desechar estos tejidos y muestras de forma apropiada cuando lo consideren necesario.
- 4. Responsabilidad por la Atención del Paciente:** Entiendo que mi médico tratante es responsable de mi atención y que él/ella puede asignar a otros médicos, practicantes y miembros del personal de este hospital cuando se considere apropiado brindarme atención. También entiendo que Stony Brook University Hospital 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:** 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 fotografías, videos o grabaciones de audio, aparte de como un componente de una videoconferencia de Telehealth, Stony Brook University Hospital obtendrá mi autorización por escrito, a menos que las imágenes/grabaciones de audio no me identifiquen o se hayan modificado de tal manera que no sea posible identificarme. Entiendo que las fotografías, los videos y las grabaciones de audio que se realicen para registrar mi atención médica son parte de mi historia clínica y que aquellos que tengan otros propósitos no lo son.

6. **Comunicaciones:** Comprendo que Stony Brook Medicine utiliza una serie de métodos de comunicación como el teléfono (incluidos los mensajes de correo de voz), los mensajes de texto y los correos electrónicos para comunicarse por distintos motivos, como recordatorios de citas, servicios disponibles y otras comunicaciones importantes relacionadas con la atención médica. Comprendo que, al proporcionarle a Stony Brook Medicine mi información de contacto, como mi número de teléfono móvil y dirección de correo electrónico, Stony Brook Medicine puede utilizar dicha información de contacto para comunicarme información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) limitada relacionada con mi atención. Asimismo, comprendo que otras personas que puedan recibir mis comunicaciones o responder a ellas pueden recibir PHI limitada, como citas, servicios disponibles u otra información importante relacionada con la atención médica.

## **Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad**

**Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad:** Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook (Stony Brook Organized Health Care Arrangement) 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:** 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 pagos externos con el objetivo de que a Stony Brook University Hospital 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 (Federal 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.

*Las normas federales (Parte 2 del título 42 del CFR) prohíben divulgar cierta información sobre el tratamiento de consumo de sustancias sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece o según lo permitido por la norma. Una autorización general para la divulgación de esta información no es suficiente para este propósito.*

*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 o 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**

**Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria:** Autorizo a Stony Brook University Hospital y al personal a divulgar a mi Médico de Atención Primaria (Primary Care Practitioner, PCP) información relacionada con la atención médica para este encuentro a los efectos de la continuidad de mi atención médica. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se obtendrá un formulario de autorización adicional cuando así lo exija la ley.

**Cesión General:** Por la presente transfiero, cedo y traspaso a Stony Brook University Hospital 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 fueron brindados a mí o a mi dependiente.

**Acuerdo Financiero/Garantía de Pago:** Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago a Stony Brook University Hospital (incluidas las instalaciones de Stony Brook University Hospital) por los cuidados y los tratamientos del paciente cuyo nombre aparece en este formulario.

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor de servicios médicos (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.

Al pagar con tarjeta de crédito, declaro que este monto ya no se considera como deuda médica. Renuncio a ciertas protecciones federales y estatales en torno a la deuda médica, específicamente, a las limitaciones en las tasas de interés y las prohibiciones de embargo de salarios, los embargos de bienes y la notificación de deudas médicas a oficinas de crédito.

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 o 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 de servicios médicos 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:

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

Números de contacto adicionales: Servicios de Médicos del Plan de Gestión de Práctica Médica (Clinical Practice Management Plan, CPMP) de Stony Brook (médico tratante u 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 Southampton: 631-726-3172  
Meeting House Lane Medical Practice (Médico tratante): 631-283-1126

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

---

## CESIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE PARA PACIENTES CON MEDICARE

**Cesión de Beneficios de Medicare:** 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 en mi nombre.

**Guías de Información:** 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*.

**He leído y entendido todo el documento. Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y entiendo que puedo hacer más preguntas en cualquier momento una vez que se me haya explicado.**

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.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del representante)  
(Signature of Patient (or Representative))

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

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)

\_\_\_\_\_  
Hora  
(Time)

\_\_\_\_\_  
Print Name of Witness  
(Nombre del testigo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Title or Relationship to Patient  
(Cargo o relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Time  
(Hora)

**Acuerdo Financiero/Garantía de Pago:** Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago a Stony Brook University Hospital/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 de servicios médicos (incluyendo los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato y los beneficios del seguro 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 de servicios médicos 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 de servicios médicos 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 Facturación de Médicos del Plan de Gestión de Práctica Médica (Clinical Practice Management Plan, CPMP)

**Divulgación de información:** Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número del Seguro Social, a compañías de seguros, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que se le reembolsen a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations los fondos correspondientes a mi atención. También entiendo que es posible que mi número de Seguro Social se entregue al Departamento de Salud 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 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.

## Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria y Cesión General

**Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria:** Autorizo al personal de Stony Brook University Hospital y de University Faculty Practice Corporations a divulgar información relacionada con mi atención médica a mi médico de atención primaria (Primary Care Practitioner, PCP) 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 la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

**Cesión general:** Por la presente transfiero, cedo y traspaso a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations suficientes fondos y/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 fueron brindados a mí o a mi dependiente.

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

## **MEDICARE**

**Cesión de beneficios de Medicare:** 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 en mi nombre.

## Aceptación de las Prácticas de confidencialidad

**Aceptación de las Prácticas de confidencialidad:** 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 esta fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

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

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.

_____ Firma del paciente (o del representante) (Signature of Patient (or Representative))	_____ Relación (si quien firma no es el paciente) (Relationship (if other than Patient))	_____ Fecha (Date)	_____ Hora (Time)
_____ Print Name of Witness (Nombre del testigo en letra de imprenta)	_____ Title or Relationship to Patient (Cargo o relación con el paciente)		
_____ Signature of Witness (Firma del testigo)	_____ Date (Fecha)	_____ Time (Hora)	

**Mi firma indica que apruebo lo relacionado con mi atención y tratamiento por parte de University Faculty Practice Corporations (UFPC) que se detalla a continuación:**

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, 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

## Mensaje importante de Medicare

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de paciente: \_\_\_\_\_

---

### Sus Derechos como Paciente Hospitalizado:

- Puede recibir los servicios cubiertos de Medicare. Esto incluye los servicios de hospital necesarios desde el punto de vista médico y los servicios que pueda necesitar después de recibir el alta, si los ordena su médico. Tiene derecho a saber sobre estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede recibirlos.
  - Puede participar en todas las decisiones sobre su estadía en el hospital.
  - Puede informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención que recibe a su Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Livanta – Teléfono (inglés y español): 1-866-815-5440, TTY (inglés y español): 1-866-868-2289. La QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para analizar la decisión de darle de alta.
  - Puede trabajar con el hospital para preparar su alta hospitalaria segura y coordinar los servicios que pueda necesitar al abandonar el hospital. Cuando ya no necesite atención como paciente ingresado, su médico o el personal del hospital le informará la fecha planificada del alta.
  - Puede hablar con su médico o con otro miembro del personal del hospital si tiene inquietudes sobre el alta.
- 

### Su Derecho a Apelar el Alta Hospitalaria:

- Tiene derecho a una revisión médica inmediata e independiente (apelación) de la decisión de darle de alta del hospital. Si hace esto, no deberá pagar los servicios que reciba durante la apelación (excepto los cargos como copagos y deducibles).
- Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor también examinará su historia clínica u otra información pertinente. No tiene que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si así lo desea.
- Si decide apelar, tanto usted como el revisor recibirán una copia de la explicación detallada sobre por qué su hospitalización cubierta no debe continuar. Recibirá esta notificación detallada únicamente después de solicitar una apelación.
- Si la QIO considera que usted no está listo para recibir el alta hospitalaria, Medicare continuará cubriendo sus servicios de hospital.
- Si la QIO está de acuerdo en que los servicios no se deben seguir cubriendo después de la fecha del alta, ni Medicare ni su plan de salud de Medicare pagarán su hospitalización después del mediodía del día siguiente en que la QIO le notifique su decisión. Si suspende la prestación de servicios antes de ese momento, evitará incurrir en obligaciones económicas.
- Si no apela, es posible que deba pagar por todos los servicios que reciba después de la fecha del alta.

**Consulte la página 2 de esta notificación para obtener más información.**

---

## Cómo Solicitar una Apelación del Alta Hospitalaria:

- Debe presentar la solicitud ante la QIO mencionada anteriormente.
- Debe presentar su solicitud de apelación lo antes posible, pero a más tardar la fecha planificada de alta y antes de dejar el hospital.
- La QIO le notificará su decisión lo antes posible, por lo general en el plazo máximo de un día tras recibir toda la información necesaria.
- Llame a la QIO que figura en la Página 1 para apelar o si tiene preguntas.

## Si No cumple con el Plazo para Solicitar una Apelación, es posible que tenga Otros Derechos de Apelación:

- Si tiene Original Medicare: Llame a la QIO que figura en la Página 1.  
Si pertenece a un plan de salud de Medicare: Llame a su plan al \_\_\_\_\_.

## Información adicional (opcional):

Para hablar con alguien sobre este aviso, llame al Departamento de Administración de la Atención.

Llame a Stony Brook University Hospital al 631-444-2552; a Eastern Long Island Hospital al 631-477-5179; a Stony Brook Southampton Hospital al 631-726-8355.

Nombre del hospital

Número de identificación del proveedor

Stony Brook University Hospital,  
Stony Brook Eastern Long Island Hospital  
Stony Brook Southampton Hospital  
Psychiatry Stony Brook University Hospital  
y Stony Brook Eastern Long Island Hospital

330393  
330340  
33S393

Entregado al representante autorizado

De forma verbal

En persona

Contactado por: \_\_\_\_\_

Nombre del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha/hora del contacto telefónico: \_\_\_\_\_

## Firme a continuación para indicar que recibió este aviso y comprendió esta notificación.

Me han informado de mis derechos como paciente hospitalizado y de que puedo apelar mi alta al ponerme en contacto con mi QIO.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o el representante correspondiente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

Tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, como tamaño de letra grande, sistema Braille o audio. También tiene derecho a presentar un reclamo si considera que ha sufrido algún tipo de discriminación. Para obtener más información, visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1019. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por persona, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor 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. 12/31/2025)

Aprobación de la OMB: 0938-1019

Spanish: AD2N543 (4/23)  
English: AD2N534 (4/23)

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

Los beneficiarios de Medicare tienen sesenta (60) días de reserva de por vida para los servicios de hospitalización a la que pueden acceder luego de haber utilizado servicios de hospitalización durante noventa (90) días en un período de beneficio. Este número establecido de días de reserva de por vida puede utilizarse solo una vez a lo largo de la vida y puede elegir utilizarlos en su totalidad o en partes para su estadía en el hospital.

Se realizarán los pagos por estos días de atención hospitalaria adicionales luego de que se hayan acabado los 90 días de beneficio, a menos que la persona elija que no se realice dicho pago (para guardar los días de reserva para otro momento).

- Sí** Elijo usar mis Días de Reserva de por Vida  
A los días de reserva de por vida se les aplica un monto de coseguro equivalente a la mitad del deducible por servicios de hospitalización.
- No** Elijo no usar mis Días de Reserva de por Vida  
Al no usar mis Días de Reserva de por Vida, entiendo que seré responsable de todos los cargos del hospital sin reembolso por parte de Medicare debido a esta elección, excepto aquellos que estén cubiertos por la Parte B de Medicare. En los casos en que se puedan realizar los pagos de la Parte B de Medicare por servicios prestados durante el período cubierto por la elección, seré responsable del deducible y del 20 % de los montos de coseguro. Esto puede estar cubierto por una cobertura complementaria.

Si no firma este formulario, sus Días de Reserva de por Vida se utilizarán para esta estadía de acuerdo con las normas de Medicare.

Las solicitudes para revocar o cancelar este acuerdo deben realizarse dentro de los 90 días después del alta llamando a los siguientes teléfonos:

- Cuentas del Paciente de Stony Brook University Hospital al (631) 444-4151.
- Servicios de Facturación de Stony Brook Eastern Long Island Hospital al (631) 477-5555.
- Servicios Financieros de Acceso para el Paciente de Stony Brook Southampton Hospital al (631) 723-2166.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del representante)  
(Signature of Patient (or Representative))

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

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)

\_\_\_\_\_  
Hora  
(Time)

\_\_\_\_\_  
Print Name of Witness  
(Nombre del testigo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Title or Relationship to Patient  
(Cargo o relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Time  
(Hora)

# Formulario de Asignación de beneficios de la ley de seguros sin adjudicación de culpa para vehículos motorizados de nueva york.

## FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE LA LEY DE SEGUROS SIN ADJUDICACIÓN DE CULPA PARA VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE NUEVA YORK

En términos sencillos, este formulario permite a Stony Brook Medicine facturar al seguro de no adjudicación de culpa.

Yo, \_\_\_\_\_, ("Cedente") por la presente cedo a \_\_\_\_\_ ("Cesionario")  
(Nombre del paciente en letra de imprenta) (Nombre del hospital o proveedor de servicios médicos en letra de imprenta)

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 certifica que ellos no han recibido ningún pago por parte del cedente o en su nombre, y no reclamarán pago directamente del 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)

El cesionario puede revocar este acuerdo cuando los beneficios no son pagaderos basados en la falta de cobertura del cedente y/o la violación de una condición de la póliza debido a las acciones o la conducta del cedente.

CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON EL PROPÓSITO DE ESTAFAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A 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.

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

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

_____ Signature of Witness (Firma del testigo)	_____ Date (Fecha)	_____ Time (Hora)
--	--------------------------	-------------------------

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

_____ Print name of Provider (Nombre del proveedor de servicios médicos en letra de imprenta)	_____ Signature of Provider (Firma del proveedor de servicios médicos)	_____ Date of Signature (Fecha de la firma)
---	--	---

Address (Dirección): _____	_____ Time of Signature (Hora de la firma)
-------------------------------	--



# Consentimiento del paciente para la divulgación de registros médicos para apelación externa al estado de Nueva York



**Department of  
Financial Services**

N.º de Caso DFS:

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.

Si el paciente o el representante del paciente presenta esta solicitud, al firmar el Consentimiento del paciente para la divulgación de registros médicos para apelación externa al estado de Nueva York, el paciente atestigua que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta a su leal saber y entender.

Se requiere la firma del paciente a continuación. Si el paciente es menor de edad, el documento debe estar firmado por su padre, madre o tutor legal. Si el paciente ha fallecido, el documento debe estar firmado por el apoderado para la atención médica o albacea del paciente. Si está firmado por un tutor, apoderado para la atención médica o albacea, debe incluirse una copia del documento legal acreditativo.

Nombre del paciente en letra de imprenta		
Firma del paciente: (Si el paciente es menor de edad, debe estar firmado por su padre, madre o tutor legal)		
Nombre en letra de imprenta: (De la persona que firma el formulario si no es el paciente)		
Fecha: (Obligatorio)		
En nombre de (si corresponde):		Edad: (Del paciente)
N.º de ID del plan de salud del paciente:		
N.º de Expediente DFS (si está disponible):		

## STONY BROOK UNIVERSITY HOSPITAL

Nombre del proveedor/centro

### Acerca de PSYCKES

La Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York está a cargo del Sistema de Mejora de Servicios Psiquiátricos y Clínicos (Psychiatric Services and Clinical Enhancement System, PSYCKES). Esta base de datos en línea almacena parte de sus antecedentes médicos y demás información sobre su salud. Puede ayudar a sus proveedores de salud a brindarle la atención adecuada cuando la necesite.

La información que se encuentra en PSYCKES proviene de sus registros médicos, de la base de datos de Medicaid del Estado de Nueva York y de otras fuentes. Para obtener más información sobre el programa y conocer de dónde provienen sus datos, visite [www.psyckes.org](http://www.psyckes.org) y haga clic en **Acerca de PSYCKES (About PSYCKES)**.

Estos datos incluyen lo siguiente:

- Su nombre, fecha de nacimiento, dirección y demás información que lo identifique.
- Los servicios de salud que usted recibe y que paga Medicaid;
- Sus antecedentes médicos, como enfermedades o lesiones para las que recibió tratamiento, resultados de pruebas y medicamentos;
- Otro tipo de información que usted o sus proveedores de salud ingresen en el sistema, como un Plan de Seguridad de salud.

### Lo que debe hacer

Su información es confidencial, lo que significa que otras personas necesitan autorización para verla. Complete este formulario ahora o en cualquier otro momento si desea otorgarles o denegarles a sus proveedores acceso a sus registros. Lo que elija no afectará su derecho a recibir atención médica ni cobertura de seguro de salud.

Lea el reverso de esta página con atención antes de marcar una de las casillas que están a continuación.

Elija entre las siguientes:

- “**OTORGO MI CONSENTIMIENTO**” si desea que este proveedor de servicios médicos y el personal involucrado en su atención médica vean su información de PSYCKES.
- “**NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO**” si no quiere que vean la información.

Si usted no otorga su consentimiento, existen algunas situaciones en las que este proveedor de servicios médicos podría tener acceso a su información de salud de PSYCKES u obtenerla de otro proveedor, siempre que las leyes y regulaciones estatales y federales lo permitan.<sup>1</sup> Por ejemplo, si Medicaid tiene algún tipo de inquietud sobre la calidad de su atención médica, su proveedor podrá tener acceso a PSYCKES para ayudar a determinar si usted está recibiendo la atención adecuada en el momento indicado.

### Su elección. *Marque solamente 1 casilla.*

- OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que el proveedor de servicios médicos y el personal involucrado en mi atención médica tengan acceso a mi información de salud en lo relacionado a los servicios de atención médica que recibo.
- NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que este proveedor de servicios médicos acceda a mi información de salud, pero entiendo que podría tener acceso cuando las leyes y regulaciones federales y estatales lo permitan.

Nombre del paciente en letra de imprenta  
(Print Name of Patient)

Fecha de nacimiento del paciente  
(Patient's Date of Birth)

Número de identificación de Medicaid del paciente  
(Patient's Medicaid ID Number)

Firma del paciente o del representante legal del paciente  
(Signature of Patient or Patient's Legal Representative)

Fecha  
(Date)

Hora  
(Time)

Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)  
(Print Name of Legal Representative (if applicable))

Relación del representante legal con el paciente  
(si corresponde)  
(Relationship of Legal Representative to Patient  
(if applicable))

<sup>1</sup> Las leyes y normas incluyen la sección 33.13 de la Ley de Salud Mental de Nueva York, el artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de Nueva York y las normas federales de confidencialidad, incluyendo la Parte 2 del Título 42 del CFR y las Partes 160 y 164 del Título 45 del CFR (también llamadas “HIPAA”).

- 1 **Cómo pueden los proveedores usar su información de salud.** Pueden usarla únicamente para lo siguiente:
  - Proporcionarle 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 (p. ej., si acude a la sala de emergencias).
- 2 **A qué tipo de información pueden acceder.** Si otorga su consentimiento, Stony Brook University Hospital, incluidas todas sus ubicaciones, podrá ver TODA su información de salud en PSYCKES. Aquí se puede incluir información de sus registros médicos, como enfermedades o lesiones (p. ej., diabetes o fracturas), resultados de pruebas (radiografías, análisis de sangre o pruebas de detección), resultados de evaluaciones y medicamentos. Podría incluir planes de atención, planes de seguridad y directivas anticipadas de psiquiatría que usted y su proveedor del tratamiento desarrollen. Esta información puede estar relacionada con afecciones médicas delicadas, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Enfermedades de salud mental
  - Consumo de alcohol o drogas
  - Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)
  - Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
  - VIH/SIDA
  - Enfermedades de transmisión sexual
- 3 **De dónde proviene la información.** Cualquiera de los servicios de salud que usted recibe y que paga Medicaid formarán parte de sus registros, así como los servicios que haya recibido en un centro psiquiátrico estatal. Parte de la información proveniente de sus registros médicos, aunque no toda, está almacenada en PSYCKES, como también los datos que ingresen usted y su médico. Su registro en línea incluye su información de salud proveniente de otras bases de datos del Estado de Nueva York y es posible que se agreguen nuevas bases de datos. Si desea ver la lista de fuentes de datos actual y más información acerca de PSYCKES, visite [www.psyckes.org](http://www.psyckes.org) y consulte "Acerca de PSYCKES", o pídala a su proveedor de servicios médicos que imprima la lista para usted.
- 4 **Quién puede acceder a su información con su consentimiento.** Los médicos y otro personal de Stony Brook University Hospital que intervienen en su atención. Además, los proveedores de atención médica que estén cubriendo a personal de Stony Brook University Hospital o prestando servicios de guardia para dicho personal y que realicen las tareas que se mencionan en la sección 1 más arriba también pueden acceder a su información.
- 5 **Acceso o uso indebido de su información.** Existen sanciones por acceso o uso indebido de su información de salud de PSYCKES. Si en algún momento sospecha que una persona no autorizada vio o tuvo acceso a su información, llame a:
  - Oficina de Privacidad de la HIPAA de Stony Brook University Hospital al 631-444-5796, Stony Brook Eastern Long Island Hospital al 631-477-5136/631-477-5561 o Stony Brook Southampton Hospital al 631-726-0390
  - Atención al Cliente de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York al **800-597-8481**.
- 6 **Divulgación de su información.** Stony Brook University Hospital puede compartir su información de salud con otras personas únicamente cuando las leyes y regulaciones estatales o federales lo permitan. Esto rige para toda información de salud, ya sea en formato electrónico o en papel. Algunas leyes estatales y federales también ofrecen protecciones especiales y requisitos adicionales para divulgar información de salud delicada, como la relacionada con VIH/SIDA, y tratamientos por consumo de drogas o alcohol.<sup>1</sup>
- 7 **Periodo de vigencia.** Este Formulario de consentimiento tendrá vigencia durante 3 años a partir de la fecha en la que haya recibido servicios de Stony Brook University Hospital por última vez o hasta que usted retire su consentimiento, lo que ocurra antes.
- 8 **Retiro del consentimiento.** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Para hacerlo, solo debe firmar y enviar un Formulario de Retiro del Consentimiento a Stony Brook University Hospital (incluye todas sus ubicaciones). También puede cambiar sus opciones de consentimiento firmando un nuevo Formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede acceder a estos formularios en [www.psyckes.org](http://www.psyckes.org) o pedirselos a su proveedor llamando a Stony Brook University Hospital al 631-444-1870, Stony Brook Eastern Long Island Hospital al 631-477-5187 o a Stony Brook Southampton Hospital al 631-726-8380. Tenga en cuenta que los proveedores que accedan a su información de salud a través de Stony Brook University Hospital pueden copiar o incluir su información en sus registros médicos mientras este Formulario de consentimiento esté vigente. Si usted retira su consentimiento, no están obligados a devolver la información ni a eliminarla de sus registros.
- 9 **Copia del formulario.** Puede recibir una copia de este Formulario de consentimiento después de que lo haya firmado.

<sup>1</sup> Las leyes y normas incluyen la sección 33.13 de la Ley de Salud Mental de Nueva York, el artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de Nueva York y las normas federales de confidencialidad, incluyendo la Parte 2 del Título 42 del CFR y las Partes 160 y 164 del Título 45 del CFR (también llamadas "HIPAA").

## STONY BROOK UNIVERSITY HOSPITAL

Nombre del proveedor/centro

### Lo que debe saber

Previamente, usted firmó un Formulario de Consentimiento por medio del cual autoriza a este proveedor de servicios médicos a acceder a su información de Medicaid y a otra información de salud disponibles en la base de datos en línea del Sistema de Mejora de Servicios Psiquiátricos y Clínicos (Psychiatric Services and Clinical Enhancement System, PSYCKES).

Si desea que este proveedor de servicios médicos y el personal del proveedor que le prestan servicios de atención médica no tengan más acceso a su información, debe completar y firmar este Formulario de Retiro de Consentimiento. Una vez completo, firme y envíeles este formulario:

- 1 Este proveedor de servicios médicos no podrá acceder a su información de salud por medio de PSYCKES.  
Excepciones:
  - En caso de emergencia, o
  - Cuando las leyes y normas de confidencialidad estatales y federales lo autoricen. Por ejemplo, si Medicaid tiene algún tipo de inquietud sobre la calidad de su atención médica, su proveedor de servicios médicos podrá tener acceso a PSYCKES para ayudar a determinar si usted está recibiendo la atención adecuada en el momento indicado.<sup>1</sup>
- 2 Su proveedor de servicios médicos podría acceder a su información médica de otras maneras. Por ejemplo, esas mismas leyes y normas podrán permitirle obtener la información necesaria para su tratamiento de otro proveedor de servicios médicos.
- 3 El presente Retiro de Consentimiento no afectará la información de salud que usted haya compartido durante la vigencia del Consentimiento.
- 4 Su acceso a la atención médica y la cobertura del seguro de salud no se verán afectados en caso de que usted retire su consentimiento. De todos modos, sus proveedores de atención médica podrán presentar reclamos ante su aseguradora por los servicios que usted reciba.
- 5 Puede completar un nuevo Formulario de Consentimiento de PSYCKES en cualquier momento. Solicite los formularios a su proveedor de servicios médicos. Una vez completos y firmados, envíelos.
- 6 Recibirá una copia de este formulario cuando lo firme y envíe.

### Lo que debe hacer

Proporcione la información que se solicita a continuación y envíe este formulario a su proveedor de servicios médicos.

Nombre del paciente en letra de imprenta  
(Print Name of Patient)

Fecha de nacimiento del paciente  
(Patient's Date of Birth)

Número de identificación de Medicaid del paciente  
(Patient's Medicaid ID Number)

Firma del paciente o del representante legal del paciente  
(Signature of Patient or Patient's Legal Representative)

Fecha  
(Date)

Hora  
(Time)

Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)  
(Print Name of Legal Representative (if applicable))

Relación del representante legal con el paciente  
(si corresponde)  
(Relationship of Legal Representative to Patient  
(if applicable))

<sup>1</sup> Las leyes y normas incluyen la sección 33.13 de la Ley de Salud Mental de Nueva York, el artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de NY y las normas federales de confidencialidad, incluyendo la Parte 2 del Título 42 del CFR y las Partes 160 y 164 del Título 45 del CFR (también llamadas "HIPAA").

## IIIa. Servicios de Observación

### Información acerca de sus derechos y su estatus como paciente hospitalizado o en 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 los siguientes objetivos:**

- 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 los pacientes que *no* están 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 (Emergency Department, 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 usted 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.

### 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 en estado de 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 de 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 “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 (skilled nursing facility, 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, servicios de observación, cirugía ambulatoria, análisis de laboratorio, radiografías o cualquier otro servicio hospitalario, y el médico **no** le ha dado una orden 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 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 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 que recibe los primeros 60 días de hospitalización.
- Medicare Parte B (seguro médico) cubre la mayoría de los servicios prestados por un médico a pacientes hospitalizados. 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, lo que incluye primas, deducibles y copagos, visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) 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 (Emergency Department, 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 remiten a la Unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU) para realizar un control estricto. Sus médicos prevén que regresará a su hogar la mañana siguiente, salvo que su cuadro empeore. Su cuadro o condición 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 que tiene 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)

Situación	Paciente hospitalizado o paciente ambulatorio	La Parte A paga	La Parte B paga
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 (skilled nursing facility, SNF)?

Medicare solo 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) puede 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](http://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 es admitido 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 de hospitalización. El día del alta no cuenta como día de hospitalización.

## ¿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"), incluidos 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](https://www.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](https://www.medicare.gov/publications) o llame al 1-800-MEDICARE para obtener una copia de 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 (Quality Improvement Organization, QIO). Visite el sitio [Medicare.gov/contacts](https://www.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](https://www.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**

# Notificación de observación ambulatoria de Medicare (Medicare Outpatient Observation Notice, MOON)

**Nombre del paciente:**

**Número de paciente:**

Usted es un paciente ambulatorio del hospital que está recibiendo servicios de observación. Usted no es un paciente hospitalizado porque:

Según el examen de un médico y las pruebas de diagnóstico que se le han realizado hasta ahora, usted está bajo observación por \_\_\_\_\_ y, de acuerdo con esto, es probable que  
*ingrese el diagnóstico aquí*

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.

- 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:

- Si necesita atención en un centro de cuidados especializados (skilled nursing facility, 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.

## Sus costos por medicamentos:

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),** 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,** no se le pueden cobrar deducibles, coseguros y copagos de la Parte A o la Parte B.

---

## Información adicional (opcional):

Información que el Departamento de Salud del Estado de Nueva York exige que se les proporcione a los pacientes que no pertenecen a Medicare dentro de las 24 horas de haber sido asignados a Servicios de Observación:

- La información relacionada con Medicare no se aplica a usted.
  - 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 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 por un centro de enfermería especializada o mediante la atención domiciliaria y comunitaria.
  - Comuníquese con su plan de seguro para obtener información específica acerca de las consecuencias que los Servicios de Observación pueden tener en la cobertura de su seguro.
  - Me han explicado esta notificación de forma verbal, o se la han explicado de forma verbal a mi representante.
- 

Sírvase firmar a continuación para indicar que recibió este aviso y comprende esta notificación.

---

Firma del paciente o el representante correspondiente  
(Signature of Patient or Representative)

---

Fecha  
(Date)

---

Hora  
(Time)

---

Tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, como tamaño de letra grande, sistema Braille o audio. También tiene derecho a presentar un reclamo si considera que ha sufrido algún tipo de discriminación. Para obtener más información, visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1308. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por persona, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard. A la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05. Baltimore, Maryland 21244-1850.

## IV. Healthix HIE

### ¿Qué es Healthix?

Healthix, el mayor intercambio público de información de salud del estado de Nueva York, permite compartir electrónicamente información de salud entre proveedores (incluidos hospitales, establecimientos de atención a largo plazo, agencias de atención médica a domicilio y médicos comunitarios) de la ciudad de Nueva York, Long Island y sus alrededores.

La mayoría de los proveedores de atención médica almacenan la información sobre su salud en registros impresos o en sistemas informáticos a los que solo ellos tienen acceso. Si acude a más de un médico, es probable que su historia clínica se encuentre almacenada en muchos lugares distintos, lo que dificulta reunir todos los registros para obtener un panorama completo de su salud.

Healthix ofrece una tecnología que permite a sus médicos, al personal de enfermería y demás profesionales de atención médica que intervengan en su cuidado, compartir su historia clínica a través de una red informática segura. Esta tecnología ayudará a los profesionales de atención médica, como su médico, a poner a disposición de otros profesionales que usted elija información sobre su salud, de modo que puedan ofrecerle una mejor atención.

### ¿Cómo puedo participar?

Su proveedor de atención médica puede pedirle su "consentimiento" (o permiso) para acceder a sus datos de salud personales a través de Healthix.

Usted tiene derecho, con su consentimiento, a decidir quién puede acceder a su información de salud a través de Healthix. Si su médico u otro proveedor de atención médica participa en Healthix, le dará un formulario de consentimiento para que usted pueda decidir si le permite ver su información para ayudarlo a brindarle una mejor atención.

Usted tiene derecho a no dar su consentimiento en cualquier momento. Si no da su consentimiento a su médico u otro proveedor de atención médica, este no podrá acceder a su información de salud a través de Healthix, *ni siquiera en caso de emergencia*.

Su decisión de dar o no dar su consentimiento no afectará su capacidad para recibir atención médica ni cobertura de seguro de salud.

### ¿Está segura mi información médica?

A muchas personas les preocupa la privacidad y la seguridad en lo que respecta a su salud. Healthix aplica políticas de privacidad firmes y ha obtenido la certificación HITRUST CSF, lo que demuestra que los sistemas de Healthix cumplen con los requisitos reglamentarios clave y las exigencias definidas por el sector para proteger la privacidad de su historia clínica electrónica. Información que debe conocer:

- Solo los consultorios y las organizaciones que elija, mediante la firma de un formulario de consentimiento de Healthix, pueden acceder a sus registros a través de Healthix.
- Todos los proveedores de Healthix participantes deben cumplir las leyes de privacidad y confidencialidad federales y del estado de Nueva York.
- Puede solicitar una lista de todos los miembros de Healthix que han accedido a sus registros.
- Si se produce un acceso inapropiado, se le informará y se tomarán medidas para corregir y mitigar el problema.
- 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.

### ¿Cómo puedo retirar o no dar mi consentimiento?

Si ya ha dado su consentimiento, puede retirarlo en cualquier momento. Para ello, debe firmar un *Formulario de retiro de consentimiento* y enviarlo a su proveedor de atención médica o a Healthix. Puede obtener estos formularios en el sitio web de Healthix en [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

Si quiere denegar el acceso a todos los proveedores o planes de salud que participan en Healthix, puede hacerlo poniéndose en contacto con nosotros a través de [compliance@healthix.org](mailto:compliance@healthix.org) o llamando al **1-877-695-4749/Opción 2**.

Para obtener más información sobre Healthix o para consultar una lista completa de las organizaciones participantes, visítenos en Internet en [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o póngase en contacto con nosotros a través de [info@healthix.org](mailto:info@healthix.org).

Todas las consultas por correo deben enviarse a **Healthix**, 551 North Country Road, Suite 206, St. James, NY 11780.

**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 en [www.healthix.org](http://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.**

<p><b>Mi decisión de consentimiento.</b> 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.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. DOY MI CONSENTIMIENTO</b> 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).</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO, EXCEPTO EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA,</b> para que el SBOHCA acceda a mi información de salud electrónica mediante Healthix.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>3. NO DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que el SBOHCA acceda a mi información de salud electrónica mediante Healthix para cualquier propósito, <i>ni siquiera en el caso de una emergencia médica.</i></p>

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](http://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 (Signature of Patient or Patient's Legal Representative)	Fecha (Date)
Nombre del representante legal en letra imprenta (si corresponde) (Print Name of Legal Representative (if applicable))	Relación del representante legal con el paciente (si corresponde) (Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable))

## 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 les brinda a usted y a todos los pacientes.
2. **Qué tipos de información personal se incluyen.** Si usted da su consentimiento, la Organización Proveedoradora 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 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:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas con el consumo de alcohol o drogas</li> <li>• Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)</li> <li>• Medicamentos y dosis</li> <li>• Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Enfermedades de salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades de transmisión sexual</li> <li>• Información de diagnóstico</li> <li>• Alergias</li> <li>• Resúmenes de antecedentes de consumo de sustancias</li> <li>• Notas clínicas</li> <li>• Resumen para el alta</li> <li>• Información laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación de vivienda</li> <li>• Apoyos sociales</li> <li>• Datos sobre entrevistas por reclamos</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Resumen de antecedentes de traumatismos</li> </ul>
--	---	--
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](http://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 Proveedoradora enviando un correo electrónico a [hipaa@stonybrookmedicine.edu](mailto:hipaa@stonybrookmedicine.edu), o a [Healthix at compliance@healthix.org](mailto:Healthixatcompliance@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 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 Proveedoradora 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.



## APÉNDICE A MIEMBROS DEL SBOHCA

Las siguientes entidades son miembros del SBOHCA:

1. Stony Brook University Hospital, 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

## V. Pago de su atención en Stony Brook Medicine - Servicios participantes y fuera de la red (OON)

Cuando usted ingresa como paciente a Stony Brook Medicine 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 redes más pequeñas para algunos de los servicios que ofrecen, de modo que es importante que verifique si participamos en su plan específico. [stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/plans](http://stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/plans)

**Servicios médicos mientras permanece en el hospital:** Los servicios médicos que recibe mientras recibe atención en el hospital no se incluyen en los cargos del hospital. Los médicos que prestan 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/patientcare/findadoctor](http://stonybrookmedicine.edu/patientcare/findadoctor) [stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/md-charges](http://stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/md-charges)

**Atención especializada u otros servicios mientras permanece hospitalizado:** Stony Brook tiene contratos con varios grupos de médicos, por ejemplo, anesthesiólogos, radiólogos y patólogos, para que presten servicios en nuestro hospital. Debe comunicarse directamente con estos grupos para averiguar qué planes de salud aceptan. [stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/contract-charges](http://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. Tenga presente que estos cargos son solo ejemplos. Existen diferentes factores que afectan lo que debe pagar efectivamente el paciente según los contratos específicos 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 deben pagar solo los copagos, coseguros o deducibles. [stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/charges](http://stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/charges)

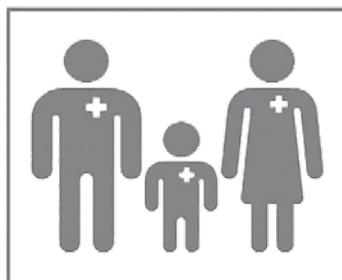
**Si usted no tiene seguro de salud:** Comuníquese con nuestra Oficina de Asistencia Financiera para averiguar si puede recibir ayuda para pagar las facturas del hospital llamando al **631-444-4331**. [stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/financial-assistance](http://stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/financial-assistance)

Puede encontrar más información sobre las tarifas de nuestro hospital visitando [stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/charges](http://stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/charges).

## VI. ¿Ha cambiado algo?



Nueva dirección particular  
Nuevo número de teléfono  
Nueva dirección de correo electrónico



Tuvo o adoptó otro hijo  
Un hijo se mudó al o del hogar  
Hubo una muerte en la familia  
Cambio de estado civil legal



Nuevo médico de atención primaria



Nueva farmacia

*Para ayudar a garantizar que su información de paciente esté en orden y actualizada, y que podamos facturarle correctamente, proporcione la siguiente información hoy o lo antes posible. Gracias.*

- Dirección postal
- Números de teléfono principal y secundario
- Dirección de correo electrónico
- Nombre/dirección/número de teléfono del empleador
- Nombre/dirección/número de teléfono del familiar más cercano
- Nombre/dirección/número de teléfono del contacto de emergencia
- Nombre/número de identificación del titular del plan de la póliza de seguro
- Fecha de nacimiento/número de teléfono del titular del plan de la póliza de seguro
- Número de identificación de la póliza de seguro
- Dirección postal de la póliza de seguro
- Número de teléfono de la póliza de seguro
- Médico de atención primaria
- Farmacia

*Puede visitar una de nuestras ubicaciones o enviar información actualizada de forma segura a través de MyHealthLife, el portal para pacientes de Stony Brook Medicine (vaya a "Messaging" [Envío y recepción de mensajes], seleccione "Inbox" [Bandeja de entrada] y envíe a: Patient Access-Patient Information Update Request [Acceso del paciente - Solicitud de actualización de la información del paciente]).*

## VII. Números telefónicos útiles

	Stony Brook University Hospital	Stony Brook Eastern Long Island	Stony Brook Southampton
Apoyo al paciente	631-444-2880	631-477-5710	631-726-8941
Programa de Asistencia Financiera	631-444-4331	631-444-4331	631-444-4331
Pagos de plazo extendido	631-444-4140	631-686-4377	631-723-2160
HealthConnect <i>HealthConnect proporciona un enlace directo con los médicos y los servicios médicos de Stony Brook.</i> <i>Los pacientes pueden llamar para pedir información sobre servicios médicos, consultas médicas o programación de citas.</i>	631-444-4000	631-444-4000	631-444-4000
Servicios de facturación al paciente/hospital	631-444-4151	631-477-5555	631-723-2160
Servicios financieros de acceso para el paciente	631-444-7583	631-477-5711	631-396-6416
Facturación del médico	631-444-4800	631-444-4800	Médicos de la sala de emergencias: 855-691-9890  Facturación de medicina hospitalaria: 631-726-3172
Admisión/Registro de acceso del paciente	631-444-2905	631-477-5187	631-726-8380
Central telefónica	631-689-8333	631-477-1000	631-726-8200









# 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.

Revisado en febrero de 2025