

# Manual Para Pacientes



**Es bueno  
conocerle.**



## ¡Bienvenido(a) a Hudson River Health Care!

Bienvenido(a) a nuestra red de centros de salud comunitarios premiados a lo largo del valle del Hudson y de Long Island. Los médicos de Hudson River Health Care (HRHCare) trabajan en conjunto para traerle atención médica, dental y de comportamiento coordinada. Nuestro personal habla muchos idiomas y contamos con servicios de traducción disponibles para asegurarnos que usted reciba los cuidados en el idioma de su preferencia.

HRHCare le ofrece un equipo para su salud total. Su equipo de atención médica llegará a conocer sus necesidades de salud, aprenderá sobre su historial médico, llevará una bitácora de todos los medicamentos que está tomando y trabajará con usted para elegir el plan que le sea más adecuado.

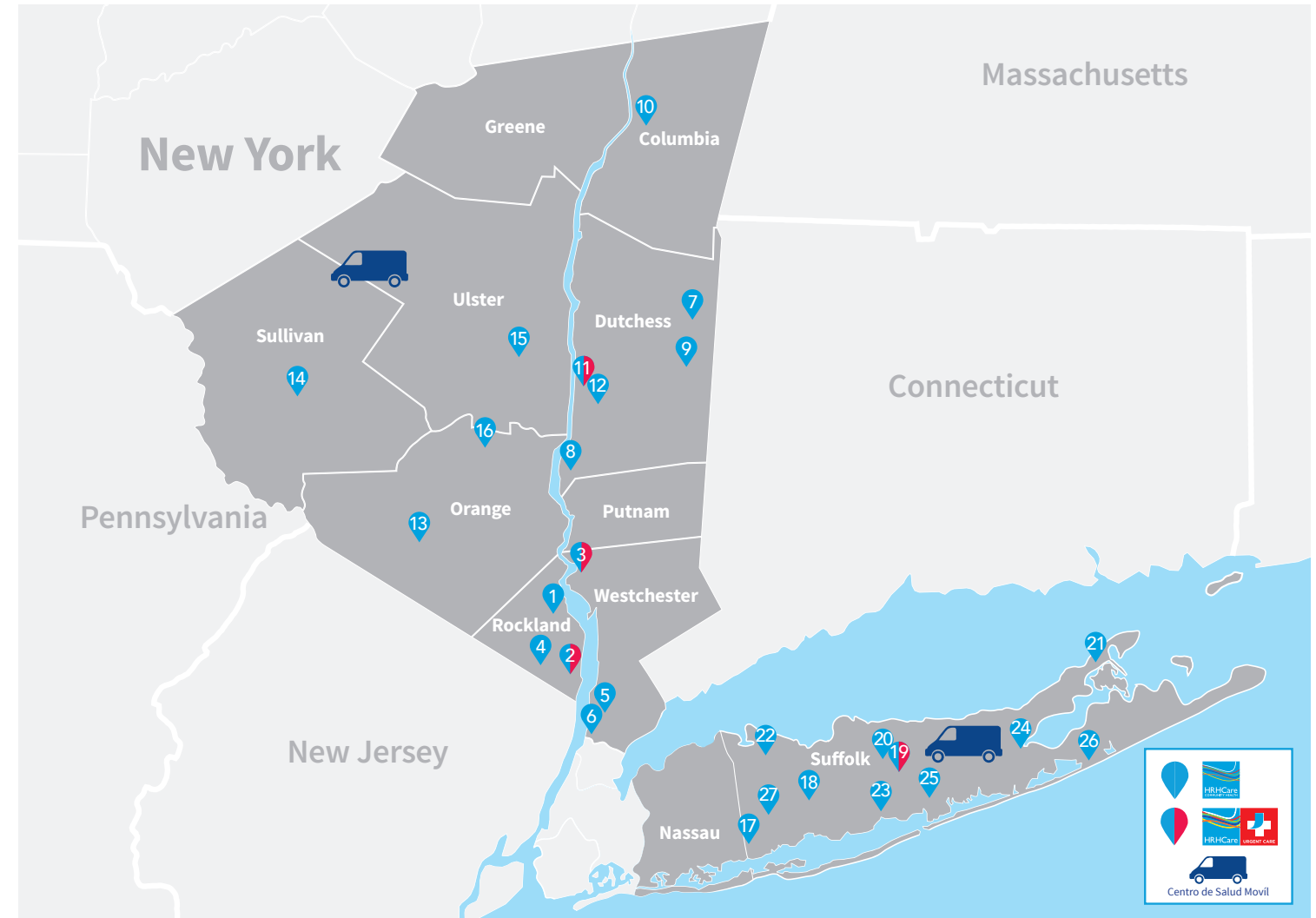
En este manual, usted encontrará más información sobre nuestros servicios, cómo sacarle más provecho a sus consultas dentro del centro de salud e información importante sobre la privacidad y sus derechos como paciente.

¡Gracias por elegir a Hudson River Health Care!

Hon. Alan L. Steiner  
Presidente del Consejo

Anne Kauffman Nolon, Maestría en Salud Pública  
CEO

Mapa de la región de 10 condados	1
Servicios de HRHCare	2
Sus contactos de HRHCare	3
Pedir una cita	4
Planear la consulta	6
Qué preguntarle a su clinico	8
Servicios de atención médica inmediata en HRHCare	10
El Portal del Paciente	12
Aviso de Privacidad	14
Derechos de los Pacientes	20
Responsabilidades de los Pacientes	22
Preguntas Frecuentes Sobre las Organizaciones Responsables de la Salud	32



**Putnam  
Rockland  
Westchester**

- 1 Haverstraw  
31 West Broad Street  
3rd Floor  
Haverstraw, NY 10927  
(845) 429-4499
- 2 Nyack  
84 North Highland Avenue  
Nyack, NY 10960  
(845) 770-9980  
UC (845) 770-9990
- 3 Peekskill  
(Jeannette J. Phillips)  
1037 Main Street  
Peekskill, NY 10566  
(914) 734-8800  
UC (914) 402-7400
- 4 Spring Valley  
2 Perlman Drive  
Suite 101  
Spring Valley, NY 10977  
(845) 573-9860
- 5 Yonkers  
(Park Care)  
2 Park Avenue  
Yonkers, NY 10703  
(914) 964-7862

- 6 Yonkers  
(Valentine Lane)  
503 South Broadway  
Suite 210  
Yonkers, NY 10705  
(914) 965-9771

**Columbia  
Dutchess  
Greene**

- 7 Amenia  
3360 Route 343  
(Para correspondencia  
solamente P.O. Box 108)  
Amenia, NY 12501  
(845) 838-7038
- 8 Beacon  
6 Henry Street  
Beacon, NY 12508  
(845) 831-0400
- 9 Dover Plains  
3174 Route 22  
Dover Plains, NY 12522  
(845) 877-4793
- 10 Hudson  
750 Union Street  
Hudson, NY 12534  
(518) 751-3060

- 11 Poughkeepsie  
75 Washington Street  
Poughkeepsie, NY 12601  
(845) 790-7990  
UC (845) 686-9700
- 12 Poughkeepsie  
(Family Partnership)  
29 North Hamilton Street  
Poughkeepsie, NY 12601  
(845) 454-8204

**Orange  
Sullivan  
Ulster**

- 13 Goshen  
888 Pulaski Highway  
Goshen, NY 10924  
(845) 378-1160
- 14 Monticello  
23 Lakewood Avenue  
Monticello, NY 12701  
(845) 794-2010
- 15 New Paltz  
1 Paradies Lane  
New Paltz, NY 12561  
(845) 255-1760
- 16 Walden  
(Wallkill Valley)  
75 Orange Avenue  
Walden, NY 12586  
(845) 778-2700

**Suffolk**

- 17 Amityville  
(Maxine S. Postal)  
1080 Sunrise Highway  
Amityville, NY 11701  
(631) 716-9026
- 18 Brentwood  
1869 Brentwood Road  
Brentwood, NY 11717  
(631) 416-5480
- 19 Coram  
(Elsie Owens)  
82 Middle Country Road  
Coram, NY 11727  
(631) 320-2220  
UC (631) 320-2225
- 20 Coram  
(WellLife)  
3600 NY-112  
Coram, NY 11727  
(845) 216-9969
- 21 Greenport  
327 Front Street  
Greenport, NY 11944  
(631) 477-2678
- 22 Huntington  
55 Horizon Drive  
Huntington, NY 11743  
(631) 760-7746

- 23 Patchogue  
365 East Main Street  
Patchogue, NY 11772  
(631) 866-2030
- 24 Riverhead  
300 Center Drive South  
Riverhead, NY 11901  
(631) 574-2580
- 25 Shirley  
(Marilyn Shellabarger)  
550 Montauk Highway  
Shirley, NY 11967  
(631) 490-3040
- 26 Southampton  
(Kraus Family)  
330 Meeting House Lane  
Southampton, NY 11968  
(631) 268-1008
- 27 Wyandanch  
(Martin Luther King, Jr.)  
1556 Straight Path  
Wyandanch, NY 11798  
(516) 214-8020

HRHCare le ofrece la más alta calidad de cuidados de salud para toda la familia. Nuestros servicios incluyen:

- Medicina familiar e interna
- Atención médica inmediata
- Pediatría
- Salud de la mujer (ginecología y obstetricia)
- Odontología
- Salud de comportamiento
- Cuidados de VIH y de hepatitis C
- Optometría
- Podología
- Consejería de nutrición
- Coordinación de cuidados médicos
- Información y registro al seguro médico
- Servicios WIC (para mujeres, bebés y niños)
- Manejo y prevención de diabetes
- Servicios para trabajadores de la agricultura
- Programas para la recuperación de la adicción
- Programas para dejar de fumar
- Programas de bienestar y ejercicio
- Grupos de apoyo
- Servicios de transporte
- Clases de ESL (inglés como segunda lengua)

Nuestros servicios y horario de oficina varían en cada sitio. Para más detalles, llame a su centro de salud o visite hrhcare.org.

Como un hogar médico centrado en el paciente, nuestros médicos usan cuidados médicos basados en evidencia (de investigación actualizada) para ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud.






La dirección de su Centro de Salud \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



El teléfono de su Centro de Salud \_\_\_\_\_

En HRHCare, usted puede elegir a su médico de cuidados primarios. Mantenga un registro de su equipo de cuidados de salud aquí.

	Adulto 1	Adulto 2	Menores de edad
 Médico de cuidados primarios	_____	_____	_____
 Obstetra/ginecólogo	_____	_____	_____
 Dentista	_____	_____	_____
 Trabajador social	_____	_____	_____

Otras especialidades \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

La dirección y número de teléfono de su farmacia \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



¿No puede esperar hasta la mañana?

Llámenos a cualquier hora para ser enviado con un profesional de la salud para recibir su asesoramiento experto. En caso de una emergencia, llame al 911.

## Pedir una cita



Cada centro de salud de HRHCare ofrece oportunidades para que los pacientes vayan a consulta el mismo día. Usted puede ir a una consulta sin pedir turno, pero se le recomienda que haga una cita siempre para su conveniencia. Hacer una cita en su centro de salud es la mejor manera de asegurarse que lo vaya a atender un médico tan pronto como sea posible. Disponemos de citas temprano en la mañana, en la noche y los fines de semana para su conveniencia.

Usted puede hacer una cita:

- Llamando al 1-844-HRH-Care (1-844-474-2273)
  -
- Llamando directamente al centro de salud de su localidad
  -
- Hablando con alguien en la recepción de su centro de salud
  -
- Inicie una sesión en el Portal del Paciente (para mayor información, vea la página 12)

Al hacer una cita, tenga la siguiente información disponible:

- **Su nombre completo y su dirección**
- **Su fecha de nacimiento**
- **La razón de su consulta**
- **La información de su seguro médico, si la tiene, o comprobante de ingreso**



## Planear la consulta

Si ya tiene una cita, favor de llegar 30 minutos antes. Traiga una lista de todos los medicamentos que esté tomando y su información de seguro médico. Aceptamos la mayoría de los planes de seguro médico privados y públicos, incluyendo Medicare, Medicaid y Child Health Plus. También podemos determinar si usted cumple con los requisitos para calificar para la ayuda financiada por el estado, incluyendo Medicaid y otros programas del estado de Nueva York, al igual que otros tipos de seguro y podemos ayudarle a que aprenda cómo solicitarlos.

Si esta es su primera consulta, le vamos a pedir que llene la documentación. Podemos ayudarle a llenar las planillas y nos aseguraremos que toda su información se mantenga privada. Usted también puede imprimir los formularios en [hrhcare.org](http://hrhcare.org) y llenarlos en casa.

Para que nosotros le podamos ayudar a tomar las mejores decisiones sobre su salud, es importante que su equipo de cuidados médicos tenga la información completa de su historial médico. Le vamos a pedir el historial médico de su familia, al igual que el suyo. También le vamos a preguntar de otros factores que puedan afectar a su salud.



## Planear la consulta

Su médico clínico de cuidados primarios es la persona que lo va a atender en la mayoría de las consultas y quien va a coordinar sus cuidados con otros médicos, tanto dentro como fuera de HRHCare. Durante su primera consulta, se le va a pedir que elija un médico clínico de cuidados primarios. Si usted prefiere, le podemos ayudar a tomar esa decisión. Este médico clínico va a trabajar con su equipo de cuidados para compartir recursos de educación de salud y ayudarle a desarrollar un plan de atención médica, basado en sus objetivos de salud personales.

Le vamos a llamar 24 horas antes de su cita como un recordatorio. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, trate de llamarnos por lo menos con 24 horas de anticipación. También vamos a recordarle si debe volver para tratamientos preventivos como vacunas o para citas de seguimiento de otros servicios de salud. Si vino a la sala de urgencias o se internó en el hospital, vamos a comunicarnos con usted para ayudarle con los cuidados de seguimiento que pueda necesitar.

**Recibimos a todos, sin importar su habilidad para pagar. Si no cuenta con seguro médico, traiga una prueba de ingreso y podemos determinar un plan de pago basado en una cuota de descuento. Nuestro personal está capacitado para responder a cualquier pregunta y explicarle los requisitos para la documentación del ingreso.**

## Qué preguntarle a su clínico

Durante su consulta, usted podrá hablar con su clínico sobre sus preocupaciones de salud o dudas que tenga. Para asegurarse de que salga del consultorio listo(a) para seguir el plan que usted y su clínico hicieron juntos, usted debe de preguntarse siempre:

- 1. ¿Cuál es mi problema principal?**
- 2. Qué necesito hacer?**
- 3. ¿Por qué es importante para mí hacer esto?**

Siempre nos interesa escuchar de usted. Si tiene una pregunta, comentario o preocupación sobre sus cuidados médicos, llame a su centro de salud o pídale a alguien en la recepción que le dé una encuesta para llenar.



## Ubicaciones de Atención Médica Inmediata de HRHCare

### Coram

82 Middle Country Road  
(631) 320-2225

### Nyack

84 North Highland Avenue  
(845) 770-9990

### Peekskill

1037 Main Street  
(914) 402-7400

### Poughkeepsie

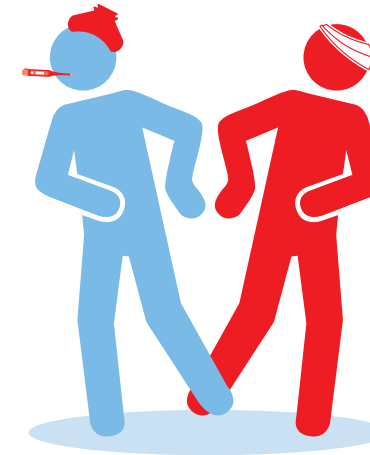
75 Washington Street  
(845) 686-9700



La atención médica inmediata en HRHCare les da acceso inmediato a servicios médicos de alta calidad, a las personas de todas las edades, proporcionados a través de un equipo de cuidados hábiles y compasivos. Venga a nuestras instalaciones con tecnología de punta para tratar las enfermedades y heridas más comunes y para surtir recetas médicas el mismo día. La atención médica inmediata de HRHCare está vinculada a nuestros servicios de atención médica primaria que le da una experiencia en cuidados de salud coordinados y completos, todo bajo un mismo techo.

Ofrecemos una variedad de servicios de atención médica inmediata, como:

- **Resfriados e influenza**
- **Accidentes y heridas**
- **Radiografías y electrocardiogramas**
- **Servicios de laboratorio**
- **Heridas por deportes**
- **Exámenes físicos**
- **Alergias y asma**
- **Vacunación**
- **Servicios de salud para la mujer**



## ¿Atención Médica Inmediata o Sala de Emergencias?

La Atención Médica Inmediata de HRHCare trata muchas enfermedades y lesiones que no son potencialmente fatales, pero en un caso más serio, llame al 911 o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano. Aceptamos la mayoría de los seguros médicos. Contamos con un programa de descuentos basado en su ingreso y tamaño de familia.

### Cuándo ir a la Atención Médica Inmediata de HRHCare

- Con síntomas parecidos a los del resfriado o influenza
- Estreptococo y faringitis
- Infecciones
- Cortaduras, chichones y raspaduras
- Asma y alergias
- Bronquitis
- Quemaduras menores
- Dolor de espalda
- Dolor de oído
- Dolor de cabeza y migrañas
- Náusea
- Torceduras y fracturas menores
- Piedras en los riñones
- Conjuntivitis e irritación de ojos
- Picaduras de insectos

### Cuándo ir a la sala de emergencias

- Ataque al corazón
- Dolor de pecho
- Dificultad al respirar
- Embolia
- Golpe en la cabeza
- Sangrado severo
- Pérdida de visión
- Fracturas mayores o complejas
- Ingestión de veneno
- Dolor abdominal intenso
- Convulsión
- Quemaduras severas
- Fiebre alta con salpullido
- Fiebre alta en recién nacidos
- Estado de shock

**Cualquiera que sea la razón,  
el doctor lo atenderá ahora.**



## El Portal del Paciente



Los pacientes de HRHCare mayores de 18 tienen acceso gratuito al portal en línea para su información de salud. Usted también puede descargar la aplicación healow para un acceso más rápido al Portal del Paciente usando iOS y Android.

El Portal del Paciente le permite:

- Programar citas
- Revisar los resultados de los análisis de laboratorio
- Revisar sus documentos médicos personales
- Enviarle un mensaje a su equipo de cuidados médicos
- Recibir recordatorios sobre sus citas y medicamentos
- Pedir que le surtan sus medicamentos y revisar la lista de las medicinas
- Acceder a la información de salud y a las herramientas para monitorear su salud

**Nunca use el portal del paciente en caso de emergencia; llame al 911.**

## ¡Buenas noticias para los padres!

Si sus hijos tienen menos de 12 años de edad, ahora ya puede acceder a su información de cuidados de salud en el portal del paciente.

(De acuerdo con las leyes federales y del Estado de Nueva York, el Portal del Paciente no está disponible para los pacientes entre los 12 y 18 años de edad.)

## El Portal del Paciente

### ¿Cómo accedo al Portal del Paciente?

- 1 Después de su consulta, usted recibirá un correo electrónico de HRHCare con una clave de usuario y una contraseña temporal.
- 2 Haga clic en el enlace que se incluye en el correo electrónico, regístrese y siga lo indicado en los mensajes.

- 3 Después de establecer su cuenta, usted va a poder ingresar a la página, en cualquier momento, desde su computadora o a través de la app de healow del portal del paciente, en cualquier aparato iPhone o Android.

- 4 Para descargar, busque "healow" en Google Play o en la App Store.



- 5 Después de descargarla, abra la app y busque HRHCare con el código: FGJEAA. Regístrese usando su nombre de usuario y contraseña para el Portal del Paciente.

- 6 La primera vez que entre usando la app, se le va a pedir que cree un número de identificación personal como medida adicional de seguridad.

- 7 ¡Envíele un mensaje a su proveedor médico para avisarle que ya se registró con éxito!

## AVISO DE PRIVACIDAD

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

Para poder ofrecerle servicios de cuidados de salud de alta calidad, HRHCare junta, crea y mantiene información sobre su salud. Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de esta información. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe como usamos y divulgamos información sobre su salud; también explica algunos derechos que usted tiene con respecto a esta información. Estamos obligados por la ley a proporcionarle una copia de este Aviso y a cumplir con sus condiciones durante el periodo en el que se encuentre vigente.

### QUÉ INFORMACIÓN PROTEGEMOS

Protegemos cualquier información relacionada con su salud, su tratamiento o los beneficios de su seguro médico que lo identifique a usted o que pueda ser usada para identificarlo. Su nombre, su dirección y otro tipo de información básica quedan protegidos aun separados de la información sobre su salud, tratamiento o beneficios.

### CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

A continuación se encuentra una lista de las diferentes formas en las que podemos usar y divulgar la información sobre su salud. Usaremos y divulgaremos la información sobre su salud sólo por las razones que enlistamos. En algunos casos le daremos ejemplos de los tipos de usos o divulgaciones en alguna categoría en particular. El propósito de estos ejemplos es el de ayudarle a entender el significado de estas categorías; estos ejemplos no cubren todos los usos o divulgaciones de la categoría. Además, puede haber reglas especiales que apliquen en ciertos tipos de información confidencial sobre su salud.

#### 1. Tratamiento, Pago y Operaciones de Salud.

Podemos usar y divulgar información sobre su salud, con su consentimiento general para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de salud. Por lo general, obtendremos su consentimiento cuanto lo tratamos por primera vez. Este es un consentimiento amplio que, en contraste con una autorización por escrito, no describe específicamente cada uso o divulgación particular de su información de salud y no vence automáticamente en una fecha determinada. Sin embargo, nosotros no

obtendremos su consentimiento para usar y divulgar información sobre su salud en una emergencia médica o para los fines de interés público descritos en la Sección 3 de este Aviso.

- a. Tratamiento. Podemos usar y divulgar información sobre su salud para tratarlo o para asistir a otros profesionales de la salud que le están proporcionando servicios de salud. Por ejemplo, dos profesionales de la salud lo están tratando en HRHCare, ellos pueden compartir información uno con el otro para coordinar su tratamiento. A la vez, si usted es admitido a un hospital, podemos ofrecerle al hospital información sobre los servicios que le hemos proporcionado, para que el hospital pueda ofrecerle el servicio más adecuado.
- b. Pago. Podemos usar y divulgar información sobre su salud para obtener pago por nuestros servicios o para asistir a otros profesionales de la salud en el pago de sus actividades. Por ejemplo, podemos reclamar el reembolso de gastos a los programas de Medicaid o Medicare o a cualquier aseguradora privada que lo da cobertura de seguro médico.
- c. Operaciones de Salud. Podemos usar y divulgar información sobre su salud para llevar a cabo en general las operaciones de negocios y de salud. Estas operaciones incluyen actividades de mejoramiento de calidad, evaluación del desempeño de nuestros profesionales de la salud y la resolución de quejas o conflictos que usted pudiera tener. Por ejemplo, podemos permitirle a una enfermera que consulte su expediente médico como parte de un programa diseñado para identificar si usted ha recibido todos los cuidados preventivos recomendados. Podemos también, usar y divulgar información sobre su salud para asistir a otros profesionales de la salud y planes de salud en el desempeño de ciertas operaciones de salud, como valoración y mejoramiento de calidad, revisión de competitividad y preparación de los profesionales de la salud y realizar detecciones de fraude y cumplimiento.

- d. Recordatorios de Citas. Podemos usar y divulgar información sobre su salud para recordarle sobre las citas que ha hecho para recibir cuidados médicos o para fomentar citas que tenga que hacer.
- e. Alternativas de Tratamiento. Podemos usar y divulgar información sobre su salud para decirle sobre las alternativas a su tratamiento u otros beneficios relacionados con su salud y sobre otros servicios que le pudieran interesar.
- f. Recaudación de Fondos. Podemos usar y divulgar información de forma limitada sobre usted para preguntarle si quisiera hacer una donación para apoyar los programas de HRHCare. Al hacer esto, sólo usaremos o divulgaremos la información demográfica básica, como su nombre, dirección y fecha en la que recibió nuestros servicios, y no la información sobre su salud o tratamiento. No le mandaremos otras notificaciones de recaudación de fondos si usted nos dice que no quiere ser contactado para este propósito.

#### 2. Miembros de Familia y Amigos

Podemos compartir información sobre usted con los miembros de su familia o con sus amigos que cuando estos lo asistan en obtener tratamiento o beneficios, al menos que usted no tenga objeción. En estos casos, compartiremos sólo la información que sea necesaria para que los miembros de su familia o sus amigos lo ayuden. También, podemos notificar algún miembro de su familia o amigo sobre su condición física o su muerte. En algunos casos, compartiremos información con organizaciones que ayudan en caso de desastres, tales como la Cruz Roja, encargada de notificar al público.

#### 3. Propósitos de Interés Público.

Podemos usar y divulgar información sobre su salud sin su consentimiento o autorización escrita para algunos propósitos de interés público que sean permitidos o requeridos por la ley:

- a. Requeridos por la ley. Podemos usar y divulgar información sobre su salud cuando las leyes locales, estatales o federales así lo requieran.

- b. Para actividades de salud pública. Podemos divulgar información sobre su salud a las autoridades de salud pública y otras agencias y organizaciones que conducen actividades de salud pública, como prevención y control de enfermedades, daño o incapacidad y reporte de nacimientos, muertes, abuso o abandono de menores, violencia doméstica o posibles problemas con productos regulados por la Food and Drug Administration o enfermedades contagiosas.
- c. Sobre víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica. Podemos divulgar la información sobre su salud a la agencia gubernamental respectiva si creemos que usted es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica y usted accede a la divulgación o la divulgación esta requerida o permitida por la ley. Le haremos saber si divulgamos la información sobre su salud para este propósito, al menos que creamos que el hacérselo saber implicaría ponerlo en riesgo de daño o que pensemos que la persona que normalmente recibe esta información a su nombre, sea la responsable del abuso, abandono o violencia doméstica.
- d. Para agencias de supervisión de salud pública. Podemos divulgar información sobre su salud a las agencias de supervisión de salud pública para supervisión de actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y encuestas de licencia.
- e. Para procedimientos judiciales y administrativos. Podemos divulgar información sobre su salud durante el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo respondiendo a una orden del tribunal del cuerpo administrativo correspondiente.
- f. Con el fin de hacer valer la ley. Podemos divulgar información sobre su salud a oficiales con fines legales legítimos tales como: identificar o ubicar a un sospechoso, a un fugitivo o a una persona perdida; hacer cumplir un decreto judicial o una petición administrativa; dar información sobre la víctima de un crimen o reportar una muerte que pudiera ser el resultado de un crimen.
- g. Sobre personas muertas. Podemos divulgar información sobre su salud a un médico forense o a un médico examinador con fines tales como el de identificar a una persona muerta o el de determinar la causa de su muerte. También podemos divulgar la información sobre su salud necesaria para que directores funerarios asistan a una persona en el desempeño de sus labores.
- h. Para donaciones de órganos, ojos o tejidos. Podemos divulgar información sobre su salud a organizaciones encargadas de obtener órganos y a entidades similares con fines de asistencia en la donación o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- i. Para investigación. Podemos usar o divulgar información sobre su salud para fines de investigación, tales como estudios comparativos de los beneficios de tratamientos alternativos recibidos por nuestros pacientes. Usaremos o divulgaremos información sobre su salud para fines de investigación sólo con la aprobación de nuestro Consejo de Revisión Institucional, (Institutional Review Board, IRB) el cual deberá de seguir un proceso de aprobación especial. Antes de permitir cualquier uso o divulgación de la información sobre su salud para fines de investigación, el IRB sopesará las necesidades de nuestros investigadores y el valor potencial de la investigación contra la protección a su privacidad.
- j. Para prevenir un posible daño serio a la salud o a la seguridad. Podemos usar o divulgar información sobre su salud para prevenir o aminorar un posible daño a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otra persona o del público en general. Divulgaremos información sobre su salud con este propósito sólo cuando sea posible prevenir o aminorar un posible daño a alguien.
- k. Para funciones gubernamentales especializadas. Podemos usar o divulgar información sobre su salud para proporcionarle asistencia en ciertos tipos de actividades gubernamentales. Si usted es miembro de las fuerzas armadas

- norteamericanas o de algún otro país, podemos divulgar información sobre su salud a las autoridades militares apropiadas en la medida en la que ellas juzguen necesarias para llevar a cabo sus misiones militares. También podemos divulgar información sobre su salud a oficiales federales para actividades legítimas de inteligencia o de seguridad nacional y con el propósito de proporcionarle servicios de protección al Presidente de los Estados Unidos y otros oficiales. Además, si usted está bajo la custodia de una institución de corrección o de un oficial de seguridad pública les podemos divulgar información sobre su salud con ciertos fines.
- l. Para la compensación de los trabajadores. Podemos usar o divulgar información sobre su salud de acuerdo a lo permitido por las leyes que rigen los programas de compensación de los trabajadores o para los programas que proporcionan beneficios en caso de accidentes sufridos durante el trabajo o en caso de enfermedades.

#### 4. Trato Especial de la Información Confidencial.

Las políticas descritas con anterioridad no siempre se aplicaran en todos los casos cuando se trate de información sobre su salud de carácter confidencial. Usaremos y divulgaremos información sobre su salud de carácter confidencial con propósitos más limitados como se describe a continuación:

- a. Información sobre el SIDA y HIV. No divulgaremos información relacionada con el SIDA ni con el HIV sin una autorización por escrito en la que se haga referencia específica a la naturaleza de esta información, exceptuando lo permitido bajo el artículo 27-F de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York.
- b. Récorde de salud mental. Cualquier récord que mantengamos relacionados con los servicios proporcionados en las instalaciones o por los programas autorizados por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York o por la Oficina de Retraso Mental y Discapacidades de Desarrollo del Estado de Nueva York no será

divulgado sin su consentimiento, con excepción de lo permitido por la Ley de Higiene Mental de Nueva York.

- c. Récorde de tratamiento de abuso de drogas o de alcohol. Cualquier información que mantengamos sobre los servicios de tratamiento por el abuso de drogas o de alcohol que sean proporcionados por programas o instalaciones que reciban fondos federales estará sujeta a una protección especial. No divulgaremos esta información sin su autorización por escrito, exceptuando, en circunstancias muy limitadas, a lo permitido por regulaciones federales, tales como personal médico que otorgue un servicio de tratamiento de emergencia; a personas autorizadas para realizar auditorías de nuestros récords dentro de nuestras instalaciones y en respuesta a una orden judicial.

#### 5. Obtención de su Autorización para otros Usos y Divulgaciones.

HRHCare no usará ni divulgará información sobre su salud para fines no especificados en este Aviso de Prácticas de Publicidad sin su autorización por escrito. Por ejemplo, los usos y la divulgación de la información de salud con ciertos propósitos de mercadeo, como comunicaciones de tratamiento subsidiado y divulgaciones que constituyen la venta de su información de salud requieren autorización por escrito de usted. La autorización escrita que obtendremos identificará específicamente el propósito particular del uso o de la divulgación, la información que será usada o divulgada y el receptor de la información. Si usted nos da su autorización, usted puede revocarla en cualquier momento y en este caso no usaremos ni divulgaremos la información sobre su salud para este propósito, exceptuando aquellos casos en los que ya hemos actuado basados en su autorización. Usted no está obligado a firmar la forma en la que nos da su autorización y no le denegaremos tratamiento si decide no firmar, al menos que el tratamiento sea parte de una investigación o que sea realizado con el único fin de crear información para la divulgación a una tercera persona.

## SUS DERECHOS EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información sobre su salud:

### 1. Derecho a Inspeccionar y Copiar:

Usted tiene el derecho inspeccionar o pedir una copia de la información que mantenemos sobre su salud, tal como sus récords médicos o las facturas. Su petición deberá de describir la información que quisiera revisar y el formato en el que quisiera revisarla; por ejemplo, si usted quiere inspeccionar sus récords en nuestras oficinas, recibir copias en papel u obtener la información en un disco de computadora. Nosotros podemos rehusar el permiso a inspeccionar o a obtener copias de esta información en algunos casos limitados. También podemos cobrarle una cuota razonable por el fotocopiado para cubrir nuestros costos. Puede ejercer su derecho a inspeccionar y a copiar la información sobre su salud escribiéndole a:

**Quality Improvement Department  
HRHCare  
1037 Main Street  
Peekskill, New York 10566**

### 2. Derecho a Pedir Correcciones.

Usted tiene el derecho a pedir que se corrija la información que mantenemos sobre su salud si usted nos ofrece la razón de por qué está incorrecta o incompleta. No tenemos que aceptar al cambio que usted pide. Si creemos que los cambios pedidos no son apropiados, entonces le notificaremos por escrito como puede incluir su objeción a nuestra decisión en nuestros récords. Usted puede ejercer su derecho a pedir correcciones a la información sobre su salud escribiéndole a:

**Quality Improvement Department  
HRHCare  
1037 Main Street  
Peekskill, New York 10566**

### 3. Derecho a Pedir una Cuenta de las Divulgaciones.

Usted tiene derecho a recibir una lista de ciertas

divulgaciones que haya hecho HRHCare con respecto a la información sobre su salud. La lista no incluye divulgaciones para ciertos propósitos, tales como aquellas divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de salud o aquellas que usted autorizó por escrito. Su petición deberá de especificar el periodo de tiempo que le interesaría que la lista incluyera, el cual no deberá de exceder más de seis años y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. La primera vez que pida cuenta de estas divulgaciones por un periodo de 12 meses consecutivos será gratis. Si usted requiere meses adicionales a estos 12, entonces le podremos cobrar una cuota que cubra los costos en los que incurriremos por estos servicios. Usted puede ejercer su derecho a pedir cuentas de las divulgaciones escribiéndole a:

**Quality Improvement Department  
HRHCare  
1037 Main Street  
Peekskill, New York 10566**

### 4. Derecho a Pedir Restricciones

Usted tiene el derecho de restringir las formas en las cuales usamos o divulgamos la información sobre su salud para tratamiento, pago y operaciones de salud, o de divulgación de esta información a organizaciones encargadas de ayudar en caso de desastres o a individuos relacionados con sus cuidados. No tenemos que acceder a su petición de restricciones. Usted tiene derecho, si paga de su bolsa y por completo por un artículo o servicio de cuidado de salud, a pedir restricciones en las divulgaciones que hagamos a su plan de salud sobre la información de salud que se relacione únicamente a ese artículo o servicio. Estamos de acuerdo en la restricción pedida hasta la extensión que esa divulgación no sea requerida por ley. Usted puede pedir restricciones en el uso y divulgación de la información sobre su salud escribiéndole a:

**Quality Improvement Department  
HRHCare  
1037 Main Street  
Peekskill, New York 10566**

### 5. Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho de pedir que le mandemos información sobre su salud de un modo diferente o a un sitio distinto, si usted cree que ayude para proteger más su privacidad. Por ejemplo, usted puede pedirnos que le mandemos el correo a su trabajo en vez de a su casa. Usted deberá de especificar si cree que corre peligro por nuestra forma normal de comunicación, pero no tiene que darnos las razones por las que cree esto. Su petición deberá de especificar también dónde y/o cómo podemos contactarlo. Vamos a tener en cuenta todas las peticiones razonables. Usted puede pedirnos que le enviemos su información de salud en una forma diferente o a una dirección distinta escribiéndole a:

**Quality Improvement Department  
HRHCare  
1037 Main Street  
Peekskill, New York 10566**

### 6. Derecho a que le notifiquen en caso de violación a la seguridad.

Le notificaremos si su información médica ha sido "violada", lo que significa que su información médica ha sido usada o divulgada de forma inconsistente con la ley y como resultado corre peligro.

### 7. Derecho a Recibir una Copia de este Aviso en Papel

Usted tiene el derecho a recibir una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad en papel en cualquier momento. Usted puede recibir una copia en papel, aún cuando haya recibido una copia vía electrónica de este Aviso. Usted puede obtener una copia en papel de este Aviso escribiéndole a:

**Quality Improvement Department  
HRHCare  
1037 Main Street  
Peekskill, New York 10566**

Usted también puede imprimir una copia de este Aviso en nuestro sitio web [hrhcare.org](http://hrhcare.org).

## QUEJAS

Si usted cree que su derecho a la privacidad ha sido violado, usted puede quejarse con HRHCare, Inc. o con el Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted puede poner una queja escribiéndole a:

**Quality Improvement Department  
HRHCare  
1037 Main Street  
Peekskill, New York 10566**

HRHCare no lo penalizará ni usará nada en su contra por haber puesto una queja.

### Cambios en este Aviso

Podemos cambiar las condiciones de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios a las cláusulas de este Aviso, las nuevas condiciones regirán sobre toda la información sobre su salud, sin importar si fue creada o recibida por nosotros antes o después de la fecha en la que se le hizo el cambio al Aviso. Nosotros le haremos llegar una copia del Aviso actualizada si usted así lo pide y lo publicaremos dentro de nuestras instalaciones.

### Información Adicional

Si usted tiene alguna pregunta o quisiera más información sobre este Aviso o sobre las prácticas de privacidad de HRHCare, por favor comuníquese con:

**Quality Improvement Department  
HRHCare  
1037 Main Street  
Peekskill, New York 10566**

### Vigencia

Este Aviso de Prácticas de Privacidad entrará en vigor a partir del día 14 de abril del 2003.

Rev. 6/17

## Derechos de los Pacientes para los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (Clínicas)

### Derechos de los Pacientes para los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (Clínicas)

- Los Derechos de los Pacientes para los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (Clínicas) también está disponible en Formato de Documento Portátil (PDF)

### De acuerdo con la ley, como paciente en una Clínica en el estado de Nueva York, usted tiene el derecho:

- 1 A recibir servicio(s) sin importar la edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, identidad de género, origen nacional o patrocinador;
- 2 A ser tratado con consideración, respeto y dignidad y con privacidad en el tratamiento;
- 3 A ser informado de los servicios disponibles en el centro;
- 4 A ser informado sobre lo previsto en cuanto a la cobertura de emergencia a deshoras;
- 5 A ser informado, y a recibir un estimado, de los cargos por los servicios, a ver una lista de los planes de salud y de los hospitales con los que participa el centro, los requisitos para recibir reembolsos de terceras personas y, según aplique, de la disponibilidad de cuidados gratuitos o de costo reducido;
- 6 A recibir una copia detallada de su estado de cuenta cuando así lo pida;
- 7 A obtener de su profesional de la salud, o de la persona delegada por su profesional de la salud, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de manera en la que razonablemente se espera que el paciente la entienda;
- 8 A recibir de su profesional de la salud la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de comenzar cualquier procedimiento o tratamiento o ambos que no sea de emergencia. El consentimiento informado deberá de incluir, como mínimo, las cláusulas con la información respecto al procedimiento o tratamiento específico o ambos, los riesgos involucrados que razonablemente se pueden prever y las alternativas a los cuidados médicos o al tratamiento, si los hay, que otro médico, bajo las mismas circunstancias, razonablemente pueda revelar y de manera que le permita al paciente tomar una decisión informada;
- 9 A negarse al tratamiento, hasta la medida permitida por ley y de ser informado por completo de las consecuencias médicas de estas acciones;

- 10 A negarse a participar en una investigación experimental;
- 11 A presentar sus quejas y sugerir cambios a las políticas y al servicio del personal del centro, al operador y al Departamento de Salud del Estado de Nueva York, sin miedo a sufrir represalias;
- 12 A expresar sus quejas relacionadas con la atención médica y con los servicios proporcionados y que el centro investigue tales quejas. El centro es responsable de darle al paciente o a la persona que éste designe, una respuesta por escrito dentro de los siguientes 30 días, si el paciente así lo pide, donde se le indique los resultados de la investigación. El centro también es responsable de notificarle al paciente o a la persona que éste designe, si el paciente no está conforme con la respuesta del centro, puede quejarse entonces con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York;
- 13 A la privacidad y confidencialidad de toda la información y de toda la documentación relacionada con el tratamiento del paciente;
- 14 A aprobar o negar la publicación o divulgación del contenido del expediente médico a cualquier profesional de la salud y/o las instalaciones médicas, con excepción de lo requerido por la ley o por un contrato de pago a una tercera persona;
- 15 A poder acceder a su expediente médico según la Sección 18 de la Ley de Salud Pública, y la Sub sección 50- 3. Para información adicional siga el enlace a: [http://www.health.ny.gov/publications/1449/section\\_1.htm#access;Access to Your Medical Records and Do I Have the Right to See My Medical Records?](http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;Access to Your Medical Records and Do I Have the Right to See My Medical Records?)
- 16 A autorizar a aquellos familiares y a otros adultos quienes van a tener prioridad para visitar, consistente con su capacidad para recibir visitas; y
- 17 Según aplique, a dar a conocer sus deseos con respecto a la donación anatómica. Las personas mayores de dieciséis años pueden documentar su consentimiento para donar sus órganos, ojos y/o tejidos, al morir, registrándose en el Registro para Donar Vida del estado de Nueva York o documentando su autorización de donación de órganos y/o tejidos por escrito de varias formas (tales como con un Poder de Atención Médica, una tarjeta de donador, u otro documento firmado). El Poder de Atención Médica está disponible en el centro.
- 18 A ver una lista de los planes de salud y de los hospitales con los que participa el centro y,
- 19 A recibir un monto estimado de lo que se le va a cobrar después de que se le presten los servicios.

## RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

### Para poder ofrecerle servicios seguros y completos, HRHCare les pide a sus pacientes que:

1. Le informen al personal del Centro de Salud si hay algún cambio en su tratamiento o condición médica o dental.
2. Le proporcionen información precisa y completa cuando sea posible a su médico en lo que se refiere a todos los factores y cambios que afectan el estado de su salud.
3. Coopere con aquéllas personas que le dan atención médica.
4. No abuse ni verbal ni físicamente del personal del Centro de Salud.
5. Evite la discriminación de cualquier forma con el personal del Centro de Salud.
6. Pregunte si no comprende los cuidados médicos completamente.
7. Le informe al personal del Centro de Salud si necesita cancelar una cita próxima, de preferencia con 24 horas de anticipación a la consulta.
8. Le dé al Centro de Salud su nombre, dirección y número de teléfono para que se comuniquen con usted en caso de una emergencia.
9. Le informe al Centro de Salud si hay algún cambio que afecte su situación financiera y/o necesidad del servicio.
10. Nos proporcione la información necesaria para asegurar el proceso correcto de facturación y el plan de pago para las facturas tan pronto como sea posible.
11. Cumpla con las políticas y los procedimientos del Centro de Salud.
12. Participe en el desarrollo de un plan de atención médica y siga con lo que se describe en el tratamiento.
13. Llegue al Centro de Salud con 10 minutos de anticipación a su cita para completar todos los documentos necesarios con el paciente o con el representante antes de la consulta con el médico.
14. Entienda que llegar más de 15 minutos tarde a una cita quiere decir que el proveedor quizás no pueda atender al paciente. Se considera una cita perdida y tal vez tenga que reprogramarse.

Rev. 3/14

## A. Planee por Anticipado su Tratamiento Médico

### Su Derecho a Decidir el Tratamiento

Los adultos en el Estado de Nueva York tienen el derecho de aceptar o rehusar tratamiento médico, incluyendo tratamiento para mantener a una persona con vida. Nuestra constitución y las leyes estatales protegen este derecho. Esto quiere decir que usted tiene el derecho de pedir o de acceder al tratamiento, de rehusarse al tratamiento antes de que éste comience o de parar el tratamiento cuando éste ya comenzó.

### Planear por Anticipado

A veces, debido a una enfermedad o lesión, las personas no pueden hablar con un doctor y decidir sobre su tratamiento por ellas mismas. Usted podría planear por anticipado y asegurarse de que sus deseos sobre el tratamiento se sigan en caso de que usted no pueda decidir por usted mismo a corto o largo plazo. Si no planea por anticipado, los miembros de su familia u otras personas cercanas a usted, quizás no vayan a poder tomar decisiones por usted y seguir sus deseos.

En el estado de Nueva York, nombrar a una persona de su confianza para decidir sobre su tratamiento en caso de que usted no pueda decidir por usted mismo es la mejor forma de proteger sus deseos y preocupaciones. Usted tiene el derecho de nombrar a alguien mediante un formulario llamado Poder de Atención Médica o Health Care Proxy en inglés. Su médico le puede dar una copia de este formulario y más información sobre el poder de atención médica. Si no tiene a nadie que pueda decidir por usted o si no quiere nombrar a alguien, también puede dejar instrucciones específicas por anticipado sobre su tratamiento. Estas instrucciones pueden estar por escrito y generalmente se les refiere como Testamento Vital o Living Will en inglés.

Usted debe de entender que las instrucciones generales sobre rehusarse al tratamiento, aún cuando estén por escrito, pueden no ser efectivas. Sus instrucciones deberán de cubrir claramente las decisiones de tratamiento que se deben de tomar. Por ejemplo, si usted escribe solamente que no quiere "medidas heroicas", las instrucciones pueden no ser lo suficientemente específicas. Usted debe de decir que el tipo de tratamiento que no quiere, tal como respirador o quimioterapia y describir la condición médica en la que se rehusaría el tratamiento, tal como cuando está desahuciado o permanentemente inconsciente sin esperanzas de recuperación. También puede dejar instrucciones habladas al discutir sus deseos de tratamiento con su doctor, miembros de la familia y aquellas personas cercanas a usted.

Poner las cosas por escrito es más seguro que simplemente comentárselas a las personas, pero ningún método es tan efectivo como el de nombrar a alguien que decida por usted. Es muy difícil para las personas saber por anticipado que es lo que va a pasar con ellas o cuales van a ser sus necesidades médicas en el futuro. Si elige a alguien para que tome las decisiones por usted, esa persona puede hablar con su doctor y tomar decisiones que creen que usted hubiera querido o que son las mejores para usted, cuando se necesite. Si nombra a alguien y también deja instrucciones sobre su tratamiento en un Testamento Vital, en el espacio que se le da para el Poder de Atención Médica mismo, o de un modo similar, la persona que usted selecciona puede usar estas instrucciones como guía para tomar la mejor decisión a su nombre.

### Decidir sobre la Resucitación Cardiopulmonar

Su derecho a decidir el tratamiento también incluye el derecho a decidir sobre la resucitación cardiopulmonar (RCP). La RCP es un tratamiento de emergencia para reiniciar el corazón y los pulmones cuando la respiración o la circulación se detienen.

Algunas veces, los doctores y los pacientes deciden por anticipado que no se debe de dar RCP y el

doctor les da la orden al personal médico de No Resucitar o DNR order en inglés. Si su condición física o mental le previene decidir sobre la RCP, la persona que usted nombre, un miembro de su familia o alguna persona cercana a usted podrán decidir. Puede obtener un folleto sobre RCP y sus derechos bajo las leyes del Estado de Nueva York con su médico.

## B. Nombramiento de su Apoderado de Salud

### LEYES DEL ESTADO DE NUEVA YORK SOBRE APODERADOS

La Ley de Apoderados de Salud del estado de Nueva York le permite nombrar a alguien de su confianza, por ejemplo, a un miembro de su familia o a un amigo cercano, para decidir sobre su tratamiento en caso de que usted pierda la capacidad para decidir por usted mismo. Usted puede hacer esto mediante un Poder de Atención Médica o Health Care Proxy en inglés, como el que incluimos en este instructivo, para nombrar a su “apoderado en cuestiones de atención médica”.

Esta ley le permite asegurarse de que los profesionales médicos cumplan con sus deseos. Su apoderado también puede decidir cómo aplica sus deseos según cambie su condición médica. Los hospitales, los doctores y demás proveedores médicos deberán de seguir los deseos de su apoderado como si fueran los propios.

Usted puede darle a la persona de su selección, su apoderado en cuestiones de atención médica, poca o mucha autoridad, según lo que usted desee. Puede permitirle a su apoderado decidir sobre todos los tratamientos médicos o solo algunos. Usted también le puede dar instrucciones a su apoderado que él o ella deberán de seguir.

#### ¿Por qué debo de elegir un apoderado?

Si usted se encuentra muy enfermo, alguien más debe de tomar por usted las decisiones médicas por usted. Los profesionales de la salud generalmente buscan a

los miembros de la familia como guía. Pero a los miembros de la familia no se les está permitido tomar decisiones para detener el tratamiento, aún cuando ellos crean que es lo que usted habría elegido o que es lo mejor para usted bajo esas circunstancias. Nombrar a un apoderado le permite controlar su tratamiento médico al:

- permitirle a su apoderado detener el tratamiento cuando él o ella lo decida si es lo que usted habría querido o si es lo mejor para usted bajo esas circunstancias;
- elegir a un miembro de la familia para que decida sobre el tratamiento porque usted cree que esa persona puede tomar las mejores decisiones o porque usted quiere evitar un conflicto o confusión sobre quién debe de decidir y
- elegir a alguien fuera de su familia para decidir el tratamiento porque no hay nadie en su familia que esté disponible o porque prefiere que alguien más decida sobre su atención médica.

#### ¿Cómo puedo nombrar a un apoderado para cuestiones médicas?

Los adultos competentes pueden nombrar a un apoderado para cuestiones médicas al firmar el formulario llamado Poder de Atención Médica. Usted no necesita un abogado, solo dos testigos. Usted puede usar el formulario que le incluimos aquí, pero no tiene que usar éste.

#### ¿Cuándo comienza mi apoderado a tomar decisiones por mí?

Su apoderado para cuestiones médicas puede comenzar a tomar decisiones relacionadas al tratamiento después de que los doctores decidan que usted ya no puede tomar sus propias decisiones médicas. Mientras usted pueda tomar sus decisiones de tratamiento por usted mismo, usted tiene el derecho a hacerlo así.

#### ¿Qué decisiones puede tomar mi apoderado para cuestiones médicas?

Al menos que usted limite la autoridad de su apoderado

para cuestiones médicas, su apoderado podrá tomar cualquier decisión sobre su tratamiento que usted habría podido tomar si usted hubiera podido decidir por sí mismo. Su apoderado puede estar de acuerdo en que usted reciba un tratamiento, elegir entre diferentes tratamientos y decidir cual tratamiento no debe ofrecerse, de acuerdo con sus deseos e intereses. Si su apoderado para cuestiones médicas no está enterado de sus deseos sobre nutrición e hidratación (la alimentación y el agua que se ofrecen a través de entubamiento), él o ella no pueden tomar decisiones sobre estas medidas. La nutrición y la hidratación artificial se usan en muchas circunstancias y su uso es más común para continuar con la vida de los pacientes que están en un coma permanente.

#### ¿Cómo puede tomar decisiones mi apoderado para cuestiones médicas?

Usted puede dejar instrucciones por escrito en el poder. Su apoderado debe de seguir sus instrucciones orales y escritas, al igual que sus creencias morales y religiosas. Si el apoderado no conoce sus deseos o sus creencias, el apoderado está requerido por ley de actuar a su beneficio.

#### ¿Quién va a supervisar a mi apoderado?

Todos los hospitales, doctores y otras instituciones de salud están requeridos por ley a respetar las decisiones de su apoderado. Si un hospital rebate algunas opciones de tratamiento (tales como remover ciertos tratamientos), le deben de decirle a usted o a su apoderado POR ANTICIPADO.

#### ¿Qué pasa si mi apoderado para cuestiones médicas no está disponible cuando las decisiones se toman?

Usted puede nombrar a un apoderado alterno para decidir en caso de que su apoderado para cuestiones médicas no esté disponible o no pueda actuar cuando las decisiones se deban de hacer. De otra manera, los proveedores médicos pueden tomar decisiones de tratamiento por usted que sigan las instrucciones que dejó cuando todavía podía tomarlas. Cualquier instrucción por escrito en el Poder de Atención Médica guiará a los proveedores médicos bajo estas circunstancias.

#### ¿Qué pasa si cambio de forma de pensar?

Es fácil cancelar el poder, cambiar la persona que eligió como apoderado para cuestiones médicas o cambiar cualquier instrucción para tratamiento que usted haya dejado por escrito en su Poder de Atención Médica. Solo llene un nuevo formulario. Además, usted puede pedir que el Poder de Atención Médica venza en una fecha específica o si ciertos eventos ocurren. De otra manera, el Poder de Atención Médica será válido indefinidamente. Si elige a su cónyuge como su apoderado para cuestiones médicas y se divorcia o se separa legalmente, el nombramiento queda automáticamente cancelado.

#### ¿Puede mi apoderado para cuestiones médicas ser responsable legalmente por las decisiones tomadas a mi nombre?

No. Su apoderado para cuestiones médicas no será responsable legalmente por las decisiones sobre el tratamiento que haya hecho de buena fe a su nombre. Tampoco, él o ella van a ser responsable por los costos de médicos, solo porque él o ella son su apoderado.

#### ¿Es el Poder de Atención Médica lo mismo que un Testamento Vital?

No. Un testamento vital es el documento que da instrucciones específicas sobre su tratamiento médico. Es usado generalmente para declarar sus deseos para rehusarse a un tratamiento de soporte vital bajo ciertas circunstancias.

En contraste, el Poder de Atención Médica le permite a usted elegir a una persona de su confianza para tomar decisiones referentes al tratamiento a su nombre. A diferencia del Testamento Vital, un Poder de Atención Médica no requiere que usted sepa con anticipación todas las decisiones que van a surgir. En vez, su apoderado en cuestiones médicas puede interpretar sus deseos a medida en que las circunstancias médicas cambien y puede tomar decisiones que usted no hubiera considerado antes. El Poder de Atención Médica es tan útil para tomar decisiones para recibir tratamiento como para las decisiones para detener el tratamiento. Si usted completa un Poder de Atención Médica, pero también tiene un Testamento Vital, el testamento vital

le da instrucciones a su apoderado en cuestiones médicas que le pueden guiar en sus decisiones.

**¿Dónde debo de guardar el Poder de Atención Médica?**

Dele una copia a su apoderado, su doctor y a cualquier otro miembro de la familia o amigo cercano si así lo desea. Usted también puede guardar una copia en su cartera o en su bolsa o con otros papeles importantes.

NOMBRAR A UN APODERADO EN CUESTIONES MÉDICAS ES UNA DECISIÓN SERIA. ASEGÚRESE DE HABLAR DE ESTE TEMA CON SU FAMILIA, AMIGOS CERCANOS Y SU DOCTOR.

HÁGALO POR ANTICIPADO, NO SOLO CUANDO ESTE PLANEANDO INGRESAR AL HOSPITAL.

LLENAR UN PODER DE ATENCIÓN MÉDICA ES VOLUNTARIO. NADIE LE PUEDE OBLIGAR A HACERLO.

**C. Sobre el Poder de Atención Médica**

**Sobre el Poder de Atención Médica**

Este es un documento legal importante. Antes de firmar este documento, usted debe de entender las siguientes declaraciones:

1. Este formulario le da a la persona que usted elige como su apoderado, la autoridad para tomar todas decisiones de atención médica a su nombre, excepto aquéllas que se exceptúan en este formulario. "Atención médica" quiere decir cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su condición física o mental.

2. Al menos que usted especifique lo contrario, se le permitirá a su apoderado tomar todas las decisiones de atención médica por usted, incluyendo las de remover o detener el tratamiento de soporte vital.

3. Al menos que su apoderado conozca sus deseos sobre la nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua administrada a través de entubamiento), no se le permitirá rehusar estas medidas a su nombre.

4. Su apoderado comenzará a tomar las decisiones cuando los doctores decidan que usted ya no puede tomar las decisiones de atención médica por usted mismo.

Usted puede escribir en este formulario cualquier información sobre el tratamiento que no desee y/o los tratamientos que usted quiera recibir. Su apoderado deberá de seguir sus instrucciones (orales y escritas) cuando tome las decisiones por usted.

Si usted quiere darle a su apoderado instrucciones por escrito, hágalo en este documento. Por ejemplo, puede decir:

Si me vuelvo un enfermo desahuciado, quiero/no quiero recibir los siguientes tratamientos...

Si estoy en coma o inconsciente, sin esperanza de recuperación, entonces quiero/no quiero...

Si hay daño o enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas o hablar y no hay esperanza que mi condición mejore, quiero/no quiero...

He hablado con mi apoderado sobre mis deseos acerca de \_\_\_\_\_ y quiero que mi apoderado tome todas las decisiones sobre estas medidas.

Enlistados a continuación se encuentran ejemplos de tratamiento médico sobre los que quizás le gustaría darle a su apoderado instrucciones especiales. Esta no es una lista completa de los tratamientos sobre los que usted podría dejar instrucciones.

- **respiración artificial**
- **nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua administrada a través de entubamiento)**
- **resucitación cardiopulmonar (RCP)**
- **medicamentos anti psicóticos**
- **terapia de choques eléctricos**
- **antibióticos**
- **psicocirugía**
- **diálisis**
- **trasplantes**
- **transfusiones de sangre**
- **abortos**
- **esterilización**

Hable sobre cómo elegir a un apoderado con su familia y/o amigos cercanos. Usted debe de discutir este formulario con un doctor o con otro profesional médico, tal como un enfermero o trabajador social, antes de firmarlo para asegurarse que comprende los tipos de decisiones que pueden tomar por usted. Usted puede también darle una copia firmada a su doctor. No necesita un abogado para llenar este documento.

Usted puede elegir cualquier persona adulta (mayor de 18 años), incluyendo a un familiar o amigo cercano para que sea su apoderado. Si selecciona a un doctor como su apoderado, él o ella deben de elegir entre actuar como su apoderado o como el doctor que lo atiende; un médico no puede hacer las dos cosas al mismo tiempo. También, si usted es un paciente o residente de un hospital, enfermería o institución de salud mental, hay restricciones especiales para nombrar a alguien que trabaje dentro de esa institución como su apoderado. Usted deberá de pedirle al personal de la institución que le explique esas restricciones.

Usted deberá de decirle a la persona que ha sido elegida para que sea su apoderado en cuestiones de atención médica. Usted deberá de discutir con su apoderado sus deseos de atención médica y este formulario con su esta persona. Asegúrese de darle a él o ella una copia firmada. Su apoderado no puede ser demandado por las decisiones de atención médica que haya hecho de buena fe.

Aún después de que usted haya firmado este documento, usted tiene el derecho de tomar las decisiones de atención médica por usted mismo mientras tenga la capacidad para hacerlo y no se le pueda dar tratamiento o detenerlo si usted lo rebate. Usted puede cancelar el control que le ha dado a su apoderado diciéndoselo a él o a ella o a su proveedor de atención médica de forma oral o por escrito.



## Cómo Llenar el Documento Poder de Atención Médica

### Punto (1)

Escriba su nombre y el nombre, la dirección y número de teléfono de la persona que está seleccionando como su apoderado.

.....

### Punto (2)

Si tiene instrucciones especiales para su apoderado, usted deberá de escribirlas aquí. También, si desea limitar la autoridad de su apoderado de cualquier forma, usted deberá de especificarlo aquí. Si no incluye ninguna limitación, se le permitirá a su apoderado tomar todas las decisiones de atención médica que usted habría podido hacer, incluyendo la decisión de autorizar o rehusar tratamiento de soporte vital.

.....

### Punto (3)

Usted puede escribir su nombre, dirección y número de teléfono de un apoderado alterno.

.....

### Punto (4)

Este formulario deberá de permanecer válido indefinidamente al menos que usted especifique una fecha de vencimiento o una condición para que venza. Esta sección es opcional y debe de ser llenada solo en caso de que quiera que el Poder de Atención Médica deje de tener validez.

.....

### Punto (5)

Usted deberá de ponerle fecha y firmar el poder. Si no puede firmar por sí mismo, usted puede pedirle a alguien más que firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

Dos testigos mayores de 18 años deberán de firmar el poder. La persona a quien está nombrando como apoderado o como apoderado alterno no puede firmar como testigo.

## D. Qué debe de saber sobre la declaración de instrucciones por anticipado

### ¿Qué es una Declaración de Instrucciones por Anticipado?

La Declaración de Instrucciones por Anticipado es un documento legal el cual le permite dejar órdenes sobre su atención médica en caso de que usted se vuelva incapacitado para tomar decisiones por sí mismo. La Declaración de Instrucciones por Anticipado está diseñada para ayudarle a ejercitar sus derechos de tomar sus propias decisiones médicas y referentes a su atención médica. Usted puede usar una declaración de instrucciones por anticipado para rehusar el tratamiento, pero deberá de también pedir que todas las medidas razonables sean usadas.

### ¿Cuál es la política del Centro de Salud en relación a la Declaración de Instrucciones por Anticipado?

Estamos obligados a informarle a usted sobre su condición médica y a aconsejarle sobre los riesgos y beneficios posibles de los tratamientos que usted recibe. Si se queda inconsciente o sin poder manejar sus propios asuntos, un apoderado para representación en cuestiones de actuación médica nombrado por usted puede tener derecho a cualquier información necesaria para tomar decisiones médicas a su nombre.

Estamos ofreciéndole a usted un Poder de Atención Médica e información sobre cómo llenarlo. Nuestro personal le asistirá con gusto; por favor pregúntele a su médico o enfermero si tiene cualquier pregunta. Si, por ejemplo, usted necesita saber más sobre las alternativas médicas antes de tomar una decisión, por favor pregunte. Los pacientes tienen el derecho de cambiar su Declaración de Instrucciones por Anticipado en cualquier momento.

Si usted sufre alguna vez de un arresto cardíaco respiratorio al estar dentro del Centro de Salud y debido a que se puede llevar una cantidad significativa

de tiempo determinar si tiene una declaración de instrucciones por anticipado, cuáles son éstas y si todavía reflejan precisamente sus deseos en caso de una emergencia que no se pueda prever, el personal iniciará la RCP y alertará a los servicios de emergencia según sea apropiado. La RCP deberá de continuar hasta que los servicios de emergencia lleguen o hasta que el médico dé la orden de discontinuarlos (si esto es consistente con su Declaración de Instrucciones por Anticipado o con su apoderado en cuestiones médicas). En caso de estar disponible, la copia de la Declaración de Instrucciones por Anticipado del paciente y/o el Poder de Atención Médica se le deberán de dar a los servicios de emergencia al momento de su llegada.

**Si decide hacer una declaración de instrucciones por anticipado, por favor infórmenos para que hagamos una nota de sus deseos en su récord médico.**

### ¿Quién es el Apoderado en Cuestiones Médicas?

Un apoderado es una persona que usted elige y nombra en el Poder de Atención Médica para que sea la persona que va a comunicar sus deseos a los proveedores de atención médica. Su apoderado toma las decisiones solo cuando usted ya no puede hacerlo. Si selecciona a un Apoderado en Cuestiones Médicas, es muy importante que le informe a la persona antes de tiempo y que discuta sus valores y deseos con él o ella. Otro término usado para seleccionar a una persona para que represente sus intereses es con un poder notarial para decisiones de atención médica.

### ¿Es lo mismo nombrar a un Apoderado en Cuestiones Médicas que un Testamento Vital?

No. Un testamento vital puede usarse para describir sus deseos específicos. Es generalmente usado para declarar que usted no quiere "medidas heroicas o extraordinarias" usadas para prolongar su vida cuando usted tiene una condición terminal. El testamento vital solo indica sus preferencias; no nombra a una persona para que actúe a su nombre.

### E. Documento para el Apoderado en Cuestiones Médicas

(1) Yo,.....por medio de la presente, nombro a

Nombre.....

Dirección.....

Número de teléfono.....

como mi apoderado en cuestiones médicas para tomar todas y cada una de mis decisiones de atención médica, excepto en la medida en que yo diga lo contrario. Este poder será efectivo cuando y en caso de que me vuelva incapacitado para tomar mis propias decisiones en cuestiones de atención médica.

(2) Instrucciones opcionales: Yo dirijo a mi apoderado a que tome las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones como quedan declaradas abajo o como él o ella piense. (Adjunte páginas adicionales de ser necesario.)

.....  
.....  
.....

(al menos que su agente conozca sus deseos sobre nutrición e hidratación artificial [entubamiento], a su agente no se le permitirá tomar decisiones sobre nutrición e hidratación artificial. Vea las instrucciones al reverso para ejemplos de lenguaje que usted puede usar.)

continued on next page

(3) Nombre del apoderado sustituto o de reemplazo, si la persona que nombro arriba no puede, no quiere o no está disponible para actuar como mi apoderado en cuestiones médicas.

Nombre.....

Dirección.....

Número de teléfono.....

(4) Al menos que lo revoque, este poder tendrá efecto indefinidamente o hasta la fecha o las condiciones nombradas abajo. Este poder dejará de ser válido (especifique la fecha o las condiciones, si así lo desea):

(5) Firma.....

Dirección.....

Fecha.....

Declaraciones de los testigos (deberán de tener más de 18 años)

Yo declaro que la persona que firma este documento la conozco personalmente y que parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que está actuando por su propia voluntad. Él o ella firma (o se le pide a otra persona a que firme por él o ella) este documento en mi presencia.

Testigo 1 .....

Dirección.....

.....

Testigo 2 .....

Dirección.....

.....

**Una Organización Responsable de la Salud (ACO) es un grupo de doctores y otros proveedores de atención médica quienes trabajan voluntariamente junto con Medicare para ofrecerle a usted alta calidad en los servicios y atención médica, en el momento adecuado, en el lugar adecuado. HRHCare está participando en un Programa de Ahorro Compartido de Medicare ACO.**

**MENSAJES CLAVES SOBRE LAS ACO (Organizaciones Responsables de la Salud)**

- Su médico participa en una ACO para ayudarle a sus pacientes a mantenerse saludables.
- Nada de sus beneficios va a cambiar, usted sigue registrado en el Medicare Original (cuota por servicio), realiza los mismos copagos, paga los mismos deducibles y puede ver a cualquier doctor que quiera que acepte Medicare.
- Compartir su información de Medicare con su equipo de cuidados de salud primarios, como cuando fue a ver a un especialista o cuando estuvo hospitalizado, les va a ayudar a ellos a coordinarse mejor y a manejar mejor su atención médica para mantenerlo sano.

## Preguntas referentes a las ACO

**Pregunta 1:**

**¿Qué quiere decir que usted se encuentre en una ACO? ¿Es una HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) o una compañía de seguro médico?**

**Respuesta 1:**

Nuestra práctica médica se ha unido con otros grupos de médicos para formar una Organización Responsable de la Salud. Este programa es una forma en la que nosotros coordinamos mejor sus cuidados médicos y nos aseguramos de ayudarle aunque no esté enfermo o no esté en nuestro consultorio.

Esto quiere decir que nos vamos a comunicar más con otros doctores, hospitales y, especialmente, con usted para asegurarnos que reciba los cuidados y el apoyo que necesita cuando esté enfermo.

Una ACO no es una HMO ni una compañía de seguro médico. Sus beneficios no van a cambiar y usted va a poder seguir viendo a cualquier doctor u hospital que acepte Medicare en cualquier momento.

le conoce, fue aprobado por el Senado con 92-8 votos y en la Cámara de Representantes con 392-37 votos que reflejan un gran apoyo de ambos partidos por el concepto de las ACO. Más de 9 millones de pacientes de Medicare son tratados por una ACO en todos lados del país debido al éxito que estos programas han tenido hasta ahora.

## Preguntas acerca de los beneficios

**P5: ¿Hay algún costo que pagar como paciente por ser parte de una ACO?**

**R5:** No, sus beneficios no han cambiado y usted no tiene que pagar nada más de lo que ya paga por Medicare. Usted podrá ver todavía a cualquier doctor que quiera y recibir atención médica en cualquier hospital al que vaya.

**P6: ¿Tengo que hacer algo por las ACO?**

**R6:** No, no se requiere que usted haga nada. Simplemente queremos mantener a nuestros pacientes informados para proporcionarles los mejores cuidados de salud que podemos proporcionar.

**P7: ¿Va a cambiar en algo mi consulta?**

**R7:** Todavía vamos a recibirlo como siempre lo hemos hecho y vamos a trabajar para asegurarnos que si no se siente bien, podamos resolver sus preocupaciones inmediatamente. Si se siente mal, vamos a proporcionarle más recursos fuera de la consulta tradicional y queremos que nos deje saber si ha estado en el hospital para que podamos darle seguimiento.

## Preguntas acerca de cómo se comparte la información

**P8: ¿Con quién se va a compartir mi información? ¿Esto quiere decir que el gobierno va a conocer mi información de salud?**

**R8:** No va a haber cambios sobre lo que Medicare, que es un programa del gobierno federal, ya recibe sobre su información de salud protegida. Su información de salud ya está siendo protegida por las leyes federales con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), la cual tiene reglamentos estrictos sobre quien puede ver su información. Nosotros no le proporcionamos a Medicare ninguna información adicional de la que ya tiene.

La información de salud compartida que se discute en la carta es para darle a nuestra práctica una mejor idea de qué está sucediendo con su salud fuera de nuestro consultorio y para poder coordinar mejor sus cuidados. El grupo de doctores trabaja junto con otros proveedores de cuidados de salud en la ACO para poder combinar su historial médico con la información de Medicare y darle la mejor experiencia posible a usted. Nos enfocamos en mantenerlo saludable, en su casa y fuera del hospital.

**P9: ¿Qué información de salud se va a compartir?**

**R9:** Su proveedor ya tendrá su historial médico personal, pero Medicare también va a compartir su historial con las ACO para ayudarle a su doctor a saber cuándo vio a un especialista o cuándo le internaron en un hospital para ayudarle a su doctor a comunicarse con los otros doctores y hospitales y para mantenerlo bien. Medicare no va a compartir la información con una ACO, sin su permiso por escrito, sobre los tratamientos de rehabilitación para el alcoholismo y el abuso de sustancias.

**Para más información sobre las ACO:**

- Visitar [www.medicare.gov/acos.html](http://www.medicare.gov/acos.html) para más información sobre las ACO
- Llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Las personas que usan teléfonos de texto deben de llamar al 1-877-486-2048. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Hable con su doctor





# Es bueno conocerle.

[hrhcare.org](http://hrhcare.org)

Para más información sobre  
nuestra atención médica  
premiada, favor de visitar:  
[hrhcare.org/awards](http://hrhcare.org/awards)



**1-844-HRH-CARE**  
**1-844-474-2273**