

(por favor en letra de imprenta)

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año completo

Sexo al nacer:  Masculino  Femenino  Intersexo  
 Identidad de género:  Hombre  Mujer  Transexual masculino  No binario  Transexual femenino  Otro no en la lista  
 ¿Cuáles son sus pronombres?  Él  Ella  Ellos  Otro

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Compañero de vida  Legalmente separado  
 Etnicidad:  Hispano/Latino  No-Hispano/No-Latino  Rechaza/Se niega  
 Raza:  Caucásico (blanco)  Biracial  Asiático  Indígena Americano  Otro  Afro-Americano (Negro)  Desconocido  Hispano

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Tel. de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. celular: ( ) \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Veterano:  Sí  No  Se desconoce Religión: \_\_\_\_\_

**Información del fiador** (Si el fiador es el mismo, pase a contacto de emergencia)  
**Padre/tutor** que presente al menor para su tratamiento será el fiador. Si tiene 18 años o más, el paciente será listado como fiador y no tiene que completar esta sección. El fiador será responsable de cualquier saldo adeudado.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el fiador: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_ Tel. celular: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia** (Pacientes pediátricos, por favor, mencionen a alguien que no sea el padre o tutor).

Contacto principal nombre: \_\_\_\_\_ Tel. del hogar: ( ) \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel. celular: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del contacto secundario: \_\_\_\_\_ Tel. del hogar: ( ) \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel. celular: ( ) \_\_\_\_\_

**Empleo**

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Estado laboral:  Tiempo completo  Medio tiempo  Estudiante medio tiempo  Fecha deretiro \_\_\_\_\_  Autónomo  Discapacitado  Militar activo  No empleado  Estudiante tiempo completo  Se desconoce

**(Solo pacientes pediátricos) Información del padre/tutor y familia inmediata**

**Madre** (Si la dirección, los números de teléfono y la información del empleador son los mismos que los del fiador, por favor escriba "mismo")

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Alias: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

# de SS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año completo

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

(si es diferente de la del paciente)

Tel. del hogar: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. celular: ( ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

**Padre** (Si la dirección, los números de teléfono y la información del empleador son los mismos que los del fiador, por favor escriba "mismo")

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Alias: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

# de SS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año completo

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

(si es diferente de la del paciente)

Tel. del hogar: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. celular: ( ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**(Sólo para pacientes pediátricos) Hermanos, hermanas y otros miembros de la familia**

| Nombre completo | M o F | Fecha de nacimiento | Relación | Vive con el niño |    |
|-----------------|-------|---------------------|----------|------------------|----|
|                 |       |                     |          | Sí               | No |
|                 |       |                     |          | Sí               | No |
|                 |       |                     |          | Sí               | No |
|                 |       |                     |          | Sí               | No |

Marque aquí si no tiene seguro. Y pase a la autorización (abajo).

**Información de accidentes**

¿Es la visita el resultado de un accidente? (Ej: accidente de coche, compensación al trabajador, etc). No  Sí

Tipo de accidente: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Condado del accidente: \_\_\_\_\_

**Información del seguro primario**

**SUSCRIPTOR: Esta es la persona que porta el seguro. Si el suscriptor es el paciente, pase al nombre de la compañía de seguros.**

El nombre del suscriptor en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Mes/Día/Año completo*

Relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

**Si la dirección, y el número de teléfono es igual al del paciente anote "mismo".**

Dirección: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_

Ciudad estado, CP: \_\_\_\_\_ Tel. del hogar: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

# de Póliza/Cert: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Estatus del suscriptor:  Tiempo completo  Medio tiempo  Autónomo  Militar activo  Estudiante  
 Estudiante medio tiempo  Fecha de retiro \_\_\_\_\_  Discapacitado  No empleado

**Información del seguro secundario**

**SUSCRIPTOR: Esta es la persona que porta el seguro. Si el suscriptor es el paciente, pase al nombre de la compañía de seguros.**

El nombre del suscriptor en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Mes/Día/Año Completo*

Relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

**Si la dirección, y el número de teléfono es igual al del paciente anote "mismo".**

Dirección: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_

Ciudad estado, CP: \_\_\_\_\_ Tel. del hogar: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

# de Póliza/Cert: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Estatus del suscriptor:  Tiempo completo  Medio tiempo  Autónomo  Militar activo  Estudiante  
 Estudiante medio tiempo  Fecha de retiro \_\_\_\_\_  Discapacitado  No empleado

**Autorización**

*Autorizo la evaluación y el tratamiento médico, y la divulgación de información para fines de seguro/médicos en relación con mi enfermedad y tratamiento. Por la presente autorizo el pago de mi compañía de seguros a Prisma Health por los servicios prestados. Seré responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro.*

Firma del paciente/tutor/fiador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ NDR \_\_\_\_\_

1. Doy mi consentimiento para que esta entidad realice según corresponda: muestras de sangre, medicamentos, eliminación y donación de tejidos, exámenes, tratamientos, pruebas de laboratorio, terapia, transporte, servicios de evaluación y tratamiento, procedimientos y anestesia según sea necesario de conformidad con el juicio de los médicos y/o especialistas autorizados, incluyendo estudiantes, residentes y proveedores de atención médica a distancia debidamente supervisados. Los tratamientos pueden ser proporcionados por personal autorizado de Prisma Health y de la Universidad de Carolina del Sur. Reconozco que no se pueden garantizar los resultados de los tratamientos.
2. Confirmando haber recibido el Aviso de las Prácticas de Confidencialidad que aparece en este paquete.
3. Me gustaría recibir invitaciones electrónicas a los portales virtuales de pacientes MyHealth.
4. Reconozco que se podrá tomar mi fotografía con fines de identificación, que se podrán utilizar cámaras fotográficas y videocámaras para observación y documentación médica, y que las imágenes le pertenecen a esta entidad a no ser que retire mi consentimiento por escrito.
5. Autorizo compartir mi expediente electrónico entre mis proveedores médicos y la obtención del historial farmacológico a través de un proveedor de Intercambio de Información Médica (HIE, en inglés), el cual se regirá por las leyes estatales y federales relativas al acceso por proveedores médicos de cualquier información confidencial. Puedo optar por no participar en el HIE y seguir recibiendo asistencia médica.
6. Doy mi consentimiento al uso del sistema electrónico de recetas médicas que permite compartir electrónicamente el historial farmacológico y otra información relacionada entre mis proveedores y farmacias.
7. Para protegerme y proteger a los demás, autorizo que se me tomen muestras de sangre y se examinen para detectar enfermedades contagiosas incluyendo, entre otras, VIH (virus del SIDA) y hepatitis.
8. Entiendo que ciertas circunstancias implican la divulgación obligatoria a organismos como el Departamento de Salud Estatal y el Departamento de Salud y Control Ambiental y que esta entidad participa en el registro estatal de vacunación del Departamento de Salud de Carolina del Sur, el cual cumple con las leyes federales de confidencialidad de la información médica.
9. Autorizo el envío por correo o fax de los registros de vacunación infantil a las escuelas o a mi empleador, por solicitud.
10. Acuso recibo de la Política de Facturación Financiera del Paciente. En el caso de que no cumpla con el pago o con los acuerdos de pago, se pueden iniciar medidas de cobro y se puede obtener mi reporte de crédito. \_\_\_\_\_
11. Al incluir un número de teléfono, doy permiso para dejar mensajes en mi contestador/buzón de voz.  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Al incluir un correo electrónico o un número móvil, doy permiso para que se me envíe un recordatorio de cita no seguro por correo electrónico y/o por mensaje de texto a \_\_\_\_\_. Esto sólo incluirá el nombre del paciente, la fecha/hora de la cita y el lugar.  
Al incluir un número de teléfono doy permiso para que dejen mensajes en mi correo de voz en mi lugar de trabajo.  
Teléfono: \_\_\_\_\_
12. Tengo un documento de Directrices Anticipadas (Testamento vital o Poder legal) (Marque uno)  SÍ o NO  
Se me ofreció información o asistencia respecto al documento de Directrices Anticipadas. (Marque uno)  SÍ o NO o N/A
13. Entiendo que esta entidad no es responsable por el daño o pérdida de objetos de valor. Todo objeto de valor no reclamado dentro de los 30 días siguientes a mi visita, podría convertirse en propiedad de esta entidad, incluyendo aparatos electrónicos.

### ENTIENDO Y ACEPTO PLENAMENTE LAS CONDICIONES CONTENIDAS EN ESTE FORMULARIO.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante legal calificado

\_\_\_\_\_  
Fecha /hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del representante legal en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Representante de Prisma Health

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora



# Autorización para revelar información médica

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

EN LETRA DE IMPRENTA

**Autorización para revelar información médica:** La privacidad de su información médica es importante. Discutiremos su estado de salud con la persona(s) que usted designe.

**¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR O A OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU ESTADO DE SALUD? SI ES ASÍ, ¿CON QUIÉN?** (Marque y complete uno)

**SÍ** El proveedor puede discutir mi estado de salud con el siguiente familiar o con otra persona:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NO** El proveedor no puede discutir mi estado de salud con ningún familiar ni con otra persona. Usted puede revocar/cancelar o modificar/cambiar la designación anterior, pero la revocación o modificación debe ser por escrito.

*NOTA: Esta designación no le da a la persona arriba mencionada el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted. Si en cualquier momento usted no fuera capaz de consentir para atención o tratamiento, seguiremos el procedimiento establecido por la Ley de Consentimiento para Atención Médica de Adultos de Carolina del Sur.*

**Comunicación:** Por favor proporcione número(s) telefónicos donde podamos comunicarnos (al proporcionar un número también autoriza a Prisma Health para dejar correos de voz en el número(s) que estén en la lista):

Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

*Nota: Un sistema recordatorio de citas podría llamar al número que aparece en nuestra base de datos.*

**Firma:** Por la presente autorizo revelar mi información médica como se describe arriba.

Firma del paciente/representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA (si es el representante del paciente):

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si es el representante del paciente):

\_\_\_\_\_

|  |
|--|
| Representante de Prisma Health: _____ Fecha: _____ Hora: _____ |
|--|

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**La política de Prisma Health Medical Group (Grupo Médico) es proporcionar los servicios de atención médica más eficientes y razonables. Por lo tanto, es necesario que nosotros tengamos una Política de Facturación Financiera del Paciente que establezca nuestros requisitos para todos los pacientes respecto al pago de los servicios prestados.**

Los pacientes son responsables del pago de todos los servicios prestados por el Grupo Médico

### Política de pagos por su cuenta

- Si es un paciente que paga por su cuenta, se le pedirá que pague al momento del servicio.
- Además, se le cobrará cualquier saldo restante de su cuenta.

### Póliza de seguros

- Si tenemos información precisa y completa del seguro, presentaremos la reclamación a su compañía de seguros como cortesía para usted.
- Si se presta un servicio que no esté cubierto por su compañía de seguros, usted puede ser responsable del saldo adeudado en su totalidad.
- Los deducibles, copagos y co-seguros se cobrarán al momento del servicio.
- En casos especiales, es posible que necesitemos su ayuda para contactar a su compañía de seguros para el pago de sus servicios.
- Si no desea que el Grupo Médico presente una reclamación a su seguro, por favor informe a un miembro del equipo al momento de registrarse. Los servicios no presentados a su compañía de seguros se considerarán como pagados por su cuenta y el pago se debe hacer al momento del servicio.

### Saldos atrasados

- Todos los saldos atrasados de los pacientes serán enviados a la agencia de cobros.
- Por la presente, usted autoriza al Grupo Médico o a cualquiera de sus asociados, incluyendo agencias de cobro y/o firmas de abogados, a contactarlo utilizando cualquiera de la información demográfica proporcionada. Esto incluye, pero no se limita a su dirección, correo electrónico y/o números de teléfono (incluyendo el número de su celular), ya sea directamente, por marcador automático o por mensajes de voz para discutir el cobro de todas las deudas derivadas de este tratamiento.

### Para ayudar con esta política, le pedimos que nos ayude de la siguiente manera:

- Proporcionando información precisa y completa sobre usted, el suscriptor del seguro (si es diferente a usted), y su compañía(s) de seguros.
- Presentando su tarjeta de identificación con foto y la(s) tarjeta(s) del seguro al momento del servicio.
- Realizando el pago apropiado al momento del servicio, ya sea un deducible, copago, co-seguro, o por la cantidad total.

Le pedimos que no discuta el saldo de su cuenta ni los aspectos financieros con el médico o los miembros del equipo médico. Por favor, discuta cualquier información adicional de su cuenta con los miembros de nuestro equipo de servicio al cliente llamando al 803-296-7320.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante legal calificado

\_\_\_\_\_  
Fecha /hora

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Representante del Prisma Health Medical Group

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

Sabemos que está ocupado. Es por eso que los consultorios médicos del Grupo Médico Prisma Health ofrecen una manera de manejar su atención médica en línea.

MyHealth es un portal de pacientes conveniente y fácil de usar que le permite:

- Comunicarse con el consultorio de su médico
- Reabastecer las prescripciones
- Revisar sus resultados de laboratorio
- Ver su información personal de salud

Tenga la seguridad de que MyHealth está encriptado y protegido con contraseña, también, para que los datos de salud permanezcan seguros.

(Tenga en cuenta que se requieren invitaciones separadas para cada portal y que se puede acceder a ellas en <https://phuscmg.org/patient-portals>)



*Consultorios seleccionados del Grupo Médico de Palmetto Health-USC.*



*Portales de proveedores de los anteriores Consultorios Médicos de Palmetto Health.*



*Portales de proveedores de las anteriores Clínicas de Especialidades de USC.*



*Portal de acceso de Palmetto Heart.*



*Portal de proveedores del anterior Palmetto Health Orthopedics.*



*Portal de proveedores de los anteriores Consultorios Médicos de Palmetto Health Tuomey.*

---

## Aviso Conjunto de las Prácticas de Confidencialidad de Prisma Health–Midlands

*Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y la manera cómo usted puede tener acceso a esta información.*

### **Por favor léalo cuidadosamente.**

Prisma Health–Midlands participa como un acuerdo organizado de atención médica (OHCA), que constituye una institución de salud clínicamente integrada en la que las personas típicamente reciben atención médica de más de un proveedor de salud, algunos de los cuales no pueden ser empleados por Prisma Health–Midlands. El Aviso Conjunto de las Prácticas de Confidencialidad aplica al personal médico de planta, los profesionales y los practicantes de Prisma Health–Midlands que prestan sus servicios a cualquier hospital de Prisma Health–Midlands, y ellos podrán utilizar y compartir su información médica para fines de tratamiento, para obtener el pago de servicios médicos, para procesos administrativos, para evaluar la calidad de la atención que usted recibe y para cualesquiera propósitos descritos en este aviso.

### **Cómo entender su historia clínica e información médica**

En Prisma Health–Midlands creamos un registro siempre que usted recibe nuestros servicios o los de otro proveedor de salud asociado con nosotros. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, los resultados del examen médico y las pruebas realizadas, los diagnósticos, el tratamiento y un plan de cuidados médicos o tratamiento futuros. Esta información, a menudo denominada su expediente médico o historia clínica, sirve de base para planificar su asistencia y tratamiento. Se divulga entre los numerosos profesionales médicos que participan en su atención médica y le permite verificar a usted o a otro pagador que los servicios facturados sean aquellos realmente suministrados. Su historia clínica es un documento legal que describe la atención médica que recibió. Constituye un recurso del cual nos valemos para informar a los profesionales médicos, así como para evaluar y esforzarnos permanentemente por mejorar la atención que brindamos y los resultados que obtenemos. Su historia clínica constituye una fuente de datos para investigación médica, iniciativas de salud pública y planeación de instalaciones.

Este Aviso Conjunto de las Prácticas de Confidencialidad tiene por objeto ayudarle a entender el contenido de su historia clínica, así como quién, qué, dónde y por qué otras personas pueden acceder a su información médica. Este documento le ayudará a tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación de su información médica.

### **Sus derechos en cuanto a la información médica**

Aunque su historia clínica físicamente le pertenece al profesional o a la institución de salud que la recopiló, la información que contiene es suya y usted posee los derechos que le otorga la disposición federal (Título 42 del Código de Reglas Federales, Parte 164) conocida como la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). Estos derechos incluyen:

- El derecho a solicitar la restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información. En Prisma Health–Midlands no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada, a no ser en relación a pagos. Las solicitudes de restricciones se deberán enviar al departamento de Administración de la Información Médica del hospital o a la división específica que administra su información de salud.
- El derecho a obtener por solicitud una copia en papel de nuestro Aviso Conjunto de las Prácticas de Confidencialidad, la cual se puede obtener en las áreas de registro de Prisma Health–Midlands.
- El derecho a inspeccionar y obtener una copia de su historia clínica en cualquier formato solicitado que esté apoyado por la organización. Prisma Health–Midlands cobra por la copia de las historias clínicas de acuerdo con las leyes de Carolina del Sur. Las copias se pueden obtener contactando al departamento de Administración de la Información Médica del hospital o a la división específica que administra su información de salud.
- El derecho a enmendar o corregir su historia clínica. Sin embargo, en Prisma Health–Midlands no estamos obligados a aceptar la enmienda solicitada bajo ciertas circunstancias. Las solicitudes de enmiendas se deberán enviar al departamento de Administración de la Información Médica del hospital o a la división específica que administra su información de salud.

- El derecho a obtener un informe sobre ciertos datos divulgados de su información médica, el cual se puede solicitar en el departamento de Administración de la Información Médica del hospital. Le daremos un informe gratuito cada año. El costo de las solicitudes de informes adicionales será de \$25 por solicitud.
- El derecho a obtener un registro de accesos en el que se detallan hasta tres (3) años de transacciones electrónicas relativas a su historia clínica a partir del 1° de enero de 2014. El registro de accesos se puede obtener en el departamento de Administración de la Información Médica del hospital. Le daremos un informe gratuito cada año. Las solicitudes adicionales de informes tendrán un costo de \$25 por solicitud.
- El derecho a solicitar la divulgación de su información médica por otros medios o en otros lugares. Las solicitudes de divulgaciones por otros medios se deberán hacer ante la Administración de la Información Médica o la división específica que administra su información de salud. En Prisma Health–Midlands únicamente aprobaremos que se envíe la información utilizando medios seguros.

### **Nuestras responsabilidades**

En Prisma Health–Midlands estamos obligados a:

- Mantener la confidencialidad de su información médica
- Entregarle el Aviso de las Prácticas de Confidencialidad en el que describimos nuestras obligaciones y prácticas legales con respecto a la información que recopilamos y mantenemos relativa a los pacientes
- Respetar los términos del Aviso de las Prácticas de Confidencialidad
- Avisarle en caso de que no podamos aceptar una restricción solicitada
- Acoger las solicitudes razonables que usted pueda tener para divulgar la información médica por otros medios o en otros lugares
- Informarle que debe aceptar la opción de inclusión para permitir las notificaciones electrónicas, como las enviadas por correo electrónico

En Prisma Health–Midlands nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento nuestras prácticas, políticas y procedimientos de información médica ya conseguir que las nuevas disposiciones rijan para toda la información médica que conservamos. Le informaremos sobre dichos cambios en su próxima visita cuando reciba nuestro Aviso de las Prácticas de Confidencialidad. La versión más reciente de dicho documento se publicará en cada uno de los hospitales.

### **Podremos utilizar y divulgar su información médica para fines de tratamiento, pagos y transacciones médicas**

#### **Tratamiento**

Por ejemplo: La información obtenida por enfermeros, médicos u otros miembros de su equipo médico se registrará en su historia clínica y se utilizará para

determinar el curso de su tratamiento. Su médico documentará en su historia clínica las expectativas que tiene con respecto a los miembros de su equipo médico, quienes posteriormente registrarán las acciones tomadas y sus observaciones. De ese modo, el médico sabrá cómo reaccionó usted al tratamiento. También le entregaremos a su médico o a un proveedor de salud subsiguiente las copias de diversos informes que le deberían ayudar en su tratamiento una vez sea dado de alta de este hospital.

#### **Pagos**

Por ejemplo: Es posible que le enviemos una factura a usted o a otro pagador. La información que contiene la factura o que la acompaña podrá incluir datos conducentes a su identificación, así como su diagnóstico, los procedimientos y los equipos médicos utilizados. Dicha información se utilizará para fines de facturación, administración de reclamos y actividades de cobranza para obtener el pago de los servicios que se le prestaron. Usted puede solicitar que Prisma Health–Midlands no divulgue la información médica a su aseguradora si efectúa el pago total y no a través de otra fuente de pago, tal como un seguro.

#### **Transacciones médicas**

Por ejemplo: Los miembros del personal médico de planta, así como los grupos de manejo de riesgo y mejora de la calidad pueden utilizar su información de salud para evaluar la atención médica y los resultados en su caso y otros similares. Esta información entonces se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y efectividad de la atención médica y los servicios que prestamos.

### **Otros usos y divulgaciones permitidos o requeridos de su información médica**

**Citas:** El personal de Prisma Health–Midlands le puede hacer una llamada telefónica o enviar información para recordarle una próxima cita o para reprogramar una cita. Cuando corresponda, le dejaremos un mensaje en su máquina contestadora, cuyo contenido se mantendrá tan genérico como sea posible para proteger su privacidad.

**Socios comerciales:** Algunos de los servicios ofrecidos por nuestra entidad se suministran a través de contratos con socios comerciales, como por ejemplo: servicios de recepcionistas, agencias de cobranzas, empresas de depósito de expedientes médicos y un servicio de copiado que utilizamos al sacar copias de las historias clínicas. Al momento de contratar estos servicios, podremos divulgar su información médica a nuestro socio comercial para que pueda cumplir con sus funciones y le cobraremos a usted o a su pagador por los servicios prestados. No obstante, a fin de proteger su información médica, le exigimos a dicho socio comercial que la custodie adecuadamente.

**Comunicación con la familia:** Los profesionales de la salud, haciendo uso de su mejor criterio, le pueden divulgar a un miembro de su familia, a otro



pariente, amigo personal cercano o a cualquier otra persona relacionada con usted, información médica correspondiente a la participación de dicha persona en su atención médica o a un pago relativo a la misma. Por lo general, le daremos la oportunidad de rechazar dichas divulgaciones; sin embargo, en ciertas circunstancias, podremos utilizar y divulgar su información médica para estos fines sin darle la oportunidad de oponerse.

**Médico forense:** Podremos divulgar su información médica a los médicos forenses, de conformidad con las leyes aplicables, para que puedan desempeñar sus funciones.

**Institución penitenciaria:** Si usted está recluso en una institución penitenciaria, podremos divulgar a dicha institución o a sus agentes la información médica necesaria para su salud y para la salud y seguridad de las demás personas.

**Difuntos:** La información médica de los difuntos se mantiene bajo confidencialidad durante 50 años después del fallecimiento. Prisma Health–Midlands seguirá en contacto con los familiares y amigos de los difuntos tras su deceso para divulgar la información médica a quienes atendieron a dicho difunto o para fines de pagos.

**Directorio:** A no ser que nos informe en cuanto a su objeción, utilizaremos su nombre, ubicación en el hospital y estado de salud general en nuestro directorio. Estos datos se le podrán suministrar a quienes pregunten por usted utilizando su nombre, incluso a los medios de comunicación. Si nos informa cuál es su afiliación religiosa, le podremos dar esa información al cuerpo ministerial.

**Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** Podremos divulgar a la FDA la información médica relativa a los eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos en los productos, o la información de supervisión posterior al mercadeo que haga posible el retiro, reparación o reemplazo de los productos.

**Recaudación de fondos:** Podremos utilizar su información para contactarlo con el fin de recaudar fondos para beneficio de Prisma Health–Midlands, el cual está obligado a ofrecer la opción de exclusión o no participación en dicha recaudación de fondos. Prisma Health–Midlands no podrá enviar avisos de recaudación de fondos después de que una persona opte por ser excluida, pero puede proporcionar un método para revertir dicha exclusión.

**Funerarias:** Podremos divulgar su información médica a las funerarias, de acuerdo con las leyes vigentes, a fin de que éstas puedan cumplir con sus funciones.

**Información genética:** Prisma Health–Midlands puede suministrar información genética a su plan de seguro médico, sin embargo, los planes de seguros médicos no pueden utilizar la información genética para fines de la emisión del seguro. Entre los ejemplos de información genética se incluyen las pruebas genéticas de la persona; la manifestación de una enfermedad o

trastorno médico en los familiares de dicha persona; o cualquier solicitud o recepción de servicios genéticos, o la participación en investigaciones clínicas que incluyen servicios genéticos, por parte de la persona o cualquiera de sus familiares.

**Funciones gubernamentales:** Podremos divulgar su información médica con el fin de proteger a funcionarios públicos, salvaguardar la seguridad nacional y para actividades de inteligencia y otras funciones gubernamentales especializadas, según sea necesario.

**Registros de inmunización:** Prisma Health–Midlands obtendrá su permiso para divulgar los datos de su cartilla de vacunación estudiantil a las escuelas, pero no se exige una autorización formal.

**Mercadeo:** Podremos utilizar su información para contactarlo a fin de ofrecerle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud que le podrían interesar. Su proveedor de salud o representante lo puede contactar de vez en cuando para solicitar su permiso de participación en programas educativos y promocionales. Si Prisma Health–Midlands recibe compensación por actividades relacionadas con mercadeo, debe obtener su autorización.

**Personal militar y veteranos:** Si es miembro de las fuerzas armadas, podremos divulgar su información médica conforme lo exigen las autoridades de mando militares. Asimismo, podremos divulgar la información médica del personal militar extranjero a las correspondientes autoridades militares en el exterior.

**Notificación:** Podremos utilizar o divulgar la información destinada a notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, su representante personal o cualquier otra persona encargada de su cuidado, e informarle dónde se encuentra usted y su estado de salud general.

**Entidades para la obtención de órganos:** De acuerdo con las leyes vigentes, podremos divulgar la información médica a los bancos de órganos u otras entidades encargadas de la obtención, conservación o trasplante de órganos para la donación y el trasplante de tejidos. Esto con el fin de facilitar la solicitud de un paciente o su familia en cuanto a ser un donante de órganos o tejidos.

**Fotografías y grabaciones de video:** Prisma Health podría tomarle fotografías, grabaciones de video o audio sólo durante el curso y para fines de su tratamiento. Prisma Health sólo utilizará las fotografías, videos o grabaciones de audio internamente para el diagnóstico, tratamiento o para operaciones de cuidado de la salud.

**Control posterior al tratamiento:** Prisma Health–Midlands lo contactará para averiguar sobre su estado de salud o para asegurarse de haber resuelto todas sus preguntas. Si participa en grupos de apoyo posterior al tratamiento, le podremos ofrecer recursos a su conveniencia que informan a otras personas sobre su diagnóstico y tratamiento.

**Salud pública:** Según lo exigen las leyes federales, estatales y locales, podremos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir, reportar o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades o para otras actividades de supervisión de la salud.

**Requisitos legales o policiales:** En Prisma Health–Midlands podremos utilizar y divulgar su información según lo exige la ley. Asimismo, podremos utilizar y divulgar su información para fines policiales, por requisito legal o en respuesta a una orden judicial. Por ejemplo, podremos divulgar la información para los siguientes fines:

- Para procesos judiciales y administrativos de conformidad con las autoridades legales
- Para reportar la información relativa a las víctimas de abuso, abandono y violencia doméstica
- Para colaborar con los agentes del orden público en sus funciones policiales
- Para fines de investigación gubernamental

**Investigación:** Podremos divulgar información a equipos investigadores cuando sus investigaciones obtuvieron la aprobación de una Junta Institucional de Revisión y Privacidad que revisó la propuesta investigativa y estableció los protocolos que garantizan la confidencialidad de su información médica.

**Riesgo inminente a la salud o seguridad:** Para evitar un riesgo inminente a la salud o seguridad, podremos utilizar y divulgar su información médica cuando sea necesario. No obstante, cualquier divulgación se haría exclusivamente a quienes estén en capacidad de ayudar a evitar dicha amenaza.

**Contactos telefónicos:** Lo podremos contactar telefónicamente para informarle sobre los resultados de exámenes médicos, devolverle una llamada, resolver preguntas u obtener información adicional.

**Indemnización laboral:** Podremos divulgar la información médica en la medida que lo permitan las leyes relacionadas con indemnización laboral u otros programas similares legalmente establecidos y hasta donde sea necesario para cumplir con dichas leyes.

Los demás usos y divulgaciones de su información médica se harán únicamente bajo su autorización por escrito. Puede revocar su autorización para utilizar y divulgar su información médica en cualquier momento salvo en la medida que ya se hubiera implementado alguna acción.

**Aviso de infracción:** En Prisma Health–Midlands estamos obligados a proteger la confidencialidad de su información médica. En el caso lamentable de que se infrinja su información, Prisma Health–Midlands le dará aviso sin demora injustificada.

### **Para más información o para reportar un problema**

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de las políticas o prácticas de Prisma Health–Midlands en cuanto a la información médica, puede ponerse en contacto con la Línea de Confidencialidad de **Prisma Health–Midlands al 1-800-883-0844**. Si piensa que se infringieron sus derechos de confidencialidad, tiene derecho de presentar una reclamación ante Prisma Health–Midlands llamando al número indicado o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos a través de la oficina de derechos civiles. No habrá retaliación alguna por parte de Prisma Health–Midlands si se presenta una reclamación.

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

Revisado: 6 de octubre de 2009

Última revisión: 29 de agosto de 2013