



## **Paquete de bienvenida de Acceso al Consumidor**

Gracias por elegir AdventHealth para sus necesidades de atención médica. Este paquete digital incluirá copias de los formularios relacionados con su registro. Utilice estos formularios como referencia durante el proceso de firma.

### **Incluido en este paquete:**

Formulario de Reconocimiento de Salida

Consentimiento de admisión y tratamiento

Aviso de prácticas de privacidad del  
paciente Declaración de Derechos del Paciente

Con respecto a sus cargos hospitalarios

Formulario de medidas de calidad hospitalaria e información sobre seguridad  
del paciente

Aviso de divulgación modelo de la Ley sin sorpresas

Folleto de alternativas a los opioides

Reconocimiento del estado de ciudadanía

## Acknowledgment Form

We want to give you the best care while you're here. It's important to know that leaving before your treatment is done can be risky. These risks include your condition getting worse, taking longer to get better, or other problems you might not expect.

If you decide to leave before finishing your treatment, please tell a nurse or other medical staff. This way, we can note your decision and give you additional instructions.

### Acknowledgment

You acknowledge that:

1. You understand the risks of leaving the Hospital include, but are not limited to, the worsening of my / the patient's medical condition, placing my / the patient's health (or with respect to a pregnant patient, the health of the woman or the unborn child) in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, serious dysfunction of any bodily organ, part or limb, permanent injury, disability and / or death.
2. You know it's important to stay and finish your treatment for the best results.
3. If you decide to leave, you will tell a nurse or medical staff.

---

## Formulario de Reconocimiento

Queremos brindarle la mejor atención durante su estancia. Es importante saber que salir antes de que finalice su tratamiento puede ser riesgoso. Estos riesgos incluyen el empeoramiento de su condición, una recuperación más lenta o la aparición de otros problemas inesperados.

Si decide irse antes de terminar su tratamiento, por favor informe a una enfermera u otro miembro del personal médico. De esta manera, podremos registrar su decisión y brindarle instrucciones adicionales.

### Reconocimiento

Usted reconoce que:

1. Entiende que los riesgos de salir del hospital incluyen, entre otros, el empeoramiento de mi / la condición médica del paciente, poner en grave peligro mi / la salud del paciente (o, en el caso de una paciente embarazada, la salud de la mujer o del feto), deterioro grave de funciones corporales, disfunción grave de cualquier órgano, parte o extremidad del cuerpo, lesiones permanentes, discapacidad y / o la muerte.
2. Sabe que es importante quedarse y completar su tratamiento para obtener los mejores resultados.
3. Si decide irse, informará a una enfermera o al personal médico.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## **ACUERDO DE TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE ADVENTHEALTH**

AdventHealth opera centros incluso, entre otros, hospitales, centros de atención ambulatoria, grupos médicos y centros de Centra Care (en este documento denominados en conjunto, "AdventHealth") en muchos estados. Muchos de estos centros son entidades legales independientes. Puede solicitarnos una lista de las entidades de AdventHealth. Este Acuerdo de tratamiento y consentimiento de AdventHealth (el "Acuerdo") puede firmarse una vez al año para proporcionar consentimiento para el tratamiento en todos los centros de AdventHealth, salvo que usted nos indique que quiere que firmemos un nuevo formulario en su cita o que actualicemos este formulario. Este Acuerdo debe ser firmado por el Paciente o el Representante Legal del Paciente que actúa en nombre del Paciente (por ejemplo, uno de los padres que firma por su hijo menor). Todas las instancias de "yo", "mi", "mío(s)/mía(s)", "usted", "su(s)" y "suyo(s)/suya(s)" se refieren al paciente.

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:**

1. **Servicios.** Doy mi consentimiento para recibir procedimientos de diagnóstico y tratamiento, exámenes y pruebas de laboratorio o admisión para la internación, así como prescripción de medicamentos u otros servicios (los "Servicios") necesarios para mi tratamiento durante mi admisión o tratamiento en AdventHealth que sean prestados por médicos y otros profesionales médicos (los "Médicos"), residentes, estudiantes, redes integradas de médicos, redes de planes de salud y empleados, contratistas y personal de AdventHealth (en conjunto, los "Proveedores de atención"). Entiendo que se me informará sobre mi tratamiento y tendré la posibilidad de hacer preguntas sobre los riesgos, las opciones y los resultados esperados del tratamiento antes de permitir que se lleve a cabo. Reconozco que no se hicieron promesas con respecto a los resultados de ningún tratamiento.
2. **Fotografía.** Doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías, se me monitorice por video o se realicen grabaciones de audio de mí para la verificación de mi identidad y/o mi tratamiento.
3. **Consultas por video.** Si deseo programar una Videoconsulta o si mi Médico considera que una Videoconsulta funcionará mejor para mi atención, doy mi consentimiento para ser tratado a través de comunicaciones electrónicas en línea que me conectarán con mi Médico o Proveedor de atención en otra ubicación. Comprendo que durante una Videoconsulta existe el riesgo de que se produzcan fallos técnicos fuera del control de AdventHealth que podrían dificultar la correcta visualización de las imágenes, o hacer que mi historial médico se vea afectado o no sea accesible, o retrasar mi tratamiento. También entiendo que una Videoconsulta puede ser más eficiente y me permite quedarme en casa para el tratamiento o ser tratado por un especialista que se encuentre lejos. Entiendo que otras personas pueden estar presentes durante la Videoconsulta.
4. **Contratistas independientes.** Entiendo que, en muchas instancias, los Médicos y Proveedores de atención que me proporcionan tratamiento en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, servicio de urgencias independiente o centro de atención urgente no son empleados ni agentes de AdventHealth. Entiendo que dichos contratistas independientes pueden, según lo permita la ley, cobrarme por su cuenta por los Servicios que prestan. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones. AdventHealth no es responsable de los Servicios que estos contratistas independientes me proporcionan. AdventHealth no paga por ningún error o equivocación u omisión de ninguno de estos contratistas independientes.

5. Derechos del paciente. Entiendo que en cumplimiento de la ley me ofrecerán una copia de la información de los Derechos y responsabilidades del paciente de AdventHealth.

6. Instrucciones por Anticipado. Pude informar a AdventHealth sobre mis preferencias actuales en cuanto a las Instrucciones por Anticipado al completar un nuevo formulario o al entregar una copia de mis Instrucciones por Anticipado anteriores. Los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth no tienen la obligación de cumplir con Instrucciones por Anticipado que desconocen. Seleccione las opciones que correspondan según su caso:

- ☐ Soy menor de 18 años y no tengo Instrucciones por Anticipado.
- ☐ Tengo Instrucciones por Anticipado y le di una copia a AdventHealth.
- ☐ Tengo Instrucciones por Anticipado, pero no le di una copia a AdventHealth. Entiendo que debo entregar una copia a AdventHealth.
- ☐ No tengo Instrucciones por Anticipado.
- ☐ Me gustaría recibir información sobre las Instrucciones por Anticipado.

7. Representante legal: Pude informar a AdventHealth sobre mi preferencia actual para mi Representante Legal al darle una copia de mis documentos legales que detallan mi decisión. Los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth no tienen la obligación de involucrar a mi Representante Legal en mi tratamiento si no saben quién es o si hay cambios en esta delegación que desconocen. Entiendo que soy responsable de informar a AdventHealth, los Médicos y los Proveedores de atención cuando cambie a mi Representante Legal o cuando terminen las facultades del Representante Legal.

8. Pertenencias/objetos personales de valor. Cuando corresponda, entregaré mis pertenencias y objetos personales de valor a AdventHealth para que se guarden en un lugar seguro si quiero asegurarme de que mis pertenencias y objetos personales de valor estén resguardados. AdventHealth no será responsable en ningún caso por la pérdida o daño de bienes personales u objetos de valor que superen los \$100. Libero a AdventHealth de toda responsabilidad por cualquier bien personal u objeto de valor que no se entregue a AdventHealth para su custodia.

### **CONSENTIMIENTO PARA EL PAGO:**

1. Pago. Yo debo pagar (o donde la ley lo permita mi representante legal que firma este Acuerdo en mi nombre debe pagar) en efectivo, con cheque, con tarjeta de crédito o a través del seguro por los Servicios recibidos durante mi tratamiento de hoy y todos los Servicios relacionados que en el futuro los Médicos, los Proveedores de atención y AdventHealth me proporcionen, incluidos los copagos (la "Cuenta"). Entiendo que no se me otorgará ningún crédito y que la Cuenta se adeuda y debe pagarse de inmediato. **Si no puedo pagar mi Cuenta en su totalidad a su vencimiento, la Oficina de Servicios Financieros de AdventHealth determinará si califico para recibir asistencia financiera.** Si no pago todos mis Servicios y AdventHealth transfiere mi Cuenta a un abogado o agencia de cobranza, acepto pagar los honorarios de los abogados y los gastos de cobranza que pueden ascender hasta el 25% del monto adeudado, según lo permita la ley.

PARA LOS CENTROS DE ADVENTHEALTH EN COLORADO: Entiendo que, si estoy recibiendo tratamiento en Colorado, hay ciertas circunstancias en las que está prohibida la facturación de saldos (cuando un proveedor fuera de la red le factura la diferencia entre el cargo facturado y la cantidad que paga su seguro médico o plan). La facturación de saldos está prohibida según algunas leyes estatales y federales cuando una persona cubierta recibe:

- Servicios de urgencia;

- Servicios que no sean de urgencia prestados por un proveedor fuera de la red (como un anestesiólogo o un radiólogo) en un centro dentro de la red, como un hospital;
- Servicios de urgencia de un proveedor privado de ambulancias terrestres (no de un cuerpo de bomberos ni de una entidad gubernamental); y
- Servicios de un proveedor de ambulancias aéreas fuera de la red.

En estas circunstancias, algunas leyes estatales y federales prohíben que los proveedores me envíen una factura de saldo sorpresa, y no se me puede cobrar más que el coste compartido dentro de la red por estos servicios. Reconozco que he recibido información sobre las facturas de saldo.

También entiendo que no hay garantía de reembolso o pago de ninguna compañía de seguros u otro pagador. Entiendo que este Acuerdo es un contrato y que me obliga a pagar todos los cargos por mi tratamiento que no sean pagados por mi aseguradora o cualquier otra fuente pagadora, a menos que esté específicamente prohibido por la ley aplicable. Comprendo que el Hospital ha predeterminado los cargos de ciertos procedimientos, suministros y tratamientos, que dichos cargos figuran en el Chargemaster del Hospital, y que estos precios se incorporan por referencia al presente Acuerdo. Reconozco que puede que no sea posible establecer de antemano qué suministros y servicios específicos formarán parte de mi tratamiento. Reconozco que tengo derecho a solicitar una estimación de los cargos medios del centro por los tratamientos que se realizan con frecuencia en régimen de hospitalización, ambulatorio o quirúrgico. Si recibo una estimación de los cargos, reconozco que el Hospital actúa de buena fe al proporcionar dicha estimación. Reconozco que cualquier estimación no es vinculante y que los cargos que estoy personalmente obligado a pagar pueden ser superiores al cargo estimado para mi tratamiento específico. Reconozco que este Acuerdo significa que yo personalmente tengo plena responsabilidad financiera por, y acepto pagar, todos los cargos del Hospital y de los médicos que presten servicios no pagados de otro modo por mi seguro de salud u otro pagador sobre la base de las tarifas Chargemaster predeterminadas del Hospital, a menos que la ley aplicable lo prohíba específicamente.

Por la presente reconozco y acepto que el Hospital no ha hecho ninguna declaración implícita sobre los cargos que estoy obligado a pagar personalmente. Entiendo que los cargos que se me cobrarán por mi tratamiento son tarifas predeterminadas basadas en el Chargemaster vigente en el momento de mi tratamiento. He acordado pagar las tarifas Chargemaster del Hospital por el tratamiento que reciba.

2. Pagos con tarjeta de crédito. Si pago los Servicios con mi tarjeta de crédito, certifico que soy el titular de la tarjeta de crédito y autorizo el pago de los Servicios.

3. Pagos de seguro y asignación de beneficios. Si tengo derecho a los beneficios otorgados por: (i) el programa Medicare, el programa Medicaid, otros tipos de seguro del gobierno (el "Programa"); (ii) planes de beneficios para la salud bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados ("ERISA"); (iii) cualquier póliza de seguro u otro plan de beneficios de salud (que me cubran a mí o a cualquier persona con responsabilidad legal sobre mí) o de cualquier otra fuente (el "Plan de beneficios"), incluso como resultado de lesiones sufridas por mí, que se consideraron para la admisión en AdventHealth y/o por los Servicios que me brindan los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth, incluidos los contratistas independientes, yo asigno, transmito y transfiero irrevocablemente los beneficios del Programa y del Plan de beneficios pagaderos y todos los derechos, títulos e intereses sobre dichos beneficios, compensación o pago recibidos o que se recibirán por los Servicios que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth me brindaron (en conjunto, los "Beneficios") a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth y sus cesionarios. Autorizo irrevocablemente que el pago de mis Beneficios directamente a AdventHealth, Médicos, Proveedores de Atención y sus cesionarios, se aplique a mi Cuenta. Entiendo que al asignar el pago de mis Beneficios no me eximirá de las obligaciones de pagar a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth y a sus cesionarios los cargos que no están cubiertos por esta asignación. Si no se permite la asignación o el pago directo, acepto indicar a mi Plan de beneficios que extienda cheques o giros conjuntamente pagaderos a (i) el beneficiario o la persona cubierta y (ii) a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth, o sus cesionarios, y que me envíe a mí los pagos dirigidos a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth, o sus cesionarios. También

autorizo a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth a solicitar el pago total de los cargos de cualquier tercero que me cause una lesión u otros que puedan estar obligados a pagar por mi atención y sus aseguradoras, incluso si un pagador de atención administrada paga los Beneficios en mi nombre. Acepto pagar la diferencia entre el monto que paga mi seguro y los cargos de los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth (según lo limite la ley o el contrato), excepto cuando Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth tengan un contrato con un Plan de beneficios que no les permita cobrarme esa diferencia o cobrársela al suscriptor.

Si mi Plan de beneficios incluye un plan con autofinanciamiento/seguro de conformidad con la ley ERISA u otro tipo de Plan de beneficios, para ayudarme a obtener mis Beneficios: Autorizo y nombro irrevocablemente a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth o sus cesionarios a que sean mis representantes y apoderados, cuando los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth o sus cesionarios demuestren su consentimiento por escrito de tomar todas las medidas necesarias para recibir el pago, apelar cualquier determinación adversa de beneficios o solicitar cualquier reconsideración, y recibir avisos en mi nombre para este fin. Cumpliré con los procedimientos establecidos por la ley ERISA o mi Plan de beneficios en relación con esta autorización, si correspondiera.

4. Declaración de honestidad y cooperación. Prometo que la información de (i) mis fuentes de pago y cobertura de seguro, y de (ii) todas las solicitudes de seguros que haya completado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar la información de mi seguro o asistencia financiera de manera oportuna. Acepto pagar todos los cargos que podrían haberse presentado si no se cumplen los plazos debido a mi falta de honestidad o cooperación.

5. Consentimiento para obtener el informe del consumidor. Autorizo a los Médicos, Proveedores de atención y a AdventHealth, o sus cesionarios, a obtener informes del consumidor sobre mí, de una o más agencias de informes del consumidor para ayudar a AdventHealth, los Médicos y Proveedores de atención, o sus cesionarios, con sus actividades comerciales relacionadas con la facturación, el cobro, la institución de acuerdos de pago y/o la determinación de la elegibilidad para la atención no compensada y/o los programas gubernamentales para Servicios pasados, actuales o futuros en el hospital o centro de atención ambulatoria (ya sea que dicho Servicio haya implicado, pueda implicar o vaya a implicar una extensión de crédito) o para resolver cualquier saldo de Cuenta pendiente. Entiendo que AdventHealth, los Médicos, Proveedores de atención o sus cesionarios, pueden obtener informes del consumidor sobre mí para Servicios en el hospital o centro de atención ambulatoria sin mi permiso escrito en algunas circunstancias, según lo permita la ley. No se obtendrán informes del consumidor para los Servicios prestados en las instalaciones de AdventHealth Medical Group o Centra Care.

6. Saldo de crédito. Doy permiso para aplicar cualquier saldo de crédito para pagar los montos adeudados a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth por cuentas corrientes o cuentas que aún no he pagado.

7. Facturas de laboratorio del hospital. Las pruebas de fluidos/muestras en el laboratorio de AdventHealth en el hospital se realizan bajo la supervisión de un médico (es decir, un patólogo) que puede no realizar la prueba o revisar los resultados, pero que supervisa y monitorea el informe de los resultados de las pruebas dirigido a los médicos que las solicitan. Según lo permitido por la ley, AUTORIZO QUE LOS SERVICIOS DE SUPERVISIÓN DEL MÉDICO/PATÓLOGO SE PAGUEN CON MIS BENEFICIOS. Entiendo que no se me facturará por estos servicios de supervisión en el laboratorio de AdventHealth si mis Beneficios no permiten el reembolso.

### **CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD:**

Doy mi consentimiento para que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth divulguen la siguiente información según lo permitido por la ley y la siguiente descripción:

a. ¿Qué tipo de información de salud?: Mi nombre, dirección, información de contacto, información financiera, diagnósticos, información sobre tratamientos, la cual incluye DATOS ALTAMENTE

CONFIDENCIALES SOBRE ABUSO DE SUSTANCIAS, SALUD MENTAL Y VIH/SIDA, ASÍ COMO LA INFORMACIÓN QUE EN EL AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ADVENTHEALTH SE CALIFICA COMO SUJETA A LEYES ESTATALES ESPECIALES, y cualquier otra información que sea parte de mi expediente médico con AdventHealth.

b. ¿Para qué fines?: Tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y como se describe en más detalle en el aviso conjunto de prácticas de privacidad de AdventHealth.

c. ¿A quién?:

- A cualquier persona o entidad responsable de (i) pagar (o determinar si soy elegible para pagar) por mi tratamiento o asignar mis Beneficios, y (ii) sus operaciones de atención médica.
- A Médicos o Proveedores de atención o mi médico que hace las derivaciones y cualquier profesional de atención médica, hogar de ancianos, centro de atención médica, servicio de ambulancia, agencia de salud en el hogar, hospicio, agencia gubernamental o privada que pueda proporcionarme servicios médicos, de salud mental, de rehabilitación, sociales o relacionados durante una visita, o durante o después de mi alta o traslado de un centro de AdventHealth.
- A Médicos que no me han tratado en AdventHealth pero que tienen mi permiso por escrito para acceder a mi información de salud.
- A socios comerciales (y sus agentes y proveedores utilizados para prestar los servicios) de AdventHealth, Médicos o Proveedores de Atención que brindan servicios de soporte administrativo, operativo, financiero, de facturación y cobro, legal y técnico.
- A los afiliados de AdventHealth, que son otras entidades cuyos propietarios o administradores son AdventHealth u otros médicos son parte de redes integradas de médicos o planes.
- A la fundación institucional de AdventHealth para fines de recaudación de fondos, pero solo cuando yo hubiera recibido tratamiento en el hospital, y, en tal caso, solo mi nombre, dirección, información de contacto, edad, sexo, fechas de los servicios, estado del seguro de salud, departamento donde se me prestaron los servicios en el hospital, médico(s) tratante(s) e información de resultados.
- A receptores que tienen obligación o autorización legal para acceder a mi información de salud.

d. ¿Cómo se divulgará?: Entrega en mano, por correo y de manera electrónica como, entre otros, correo electrónico, fax y a través de las redes de intercambio de información de salud. Las redes de intercambio de información de salud son entidades que almacenan y/o transfieren información de salud electrónicamente entre proveedores para el tratamiento de pacientes. Este consentimiento significa que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth pueden acceder a mi información de salud a través de redes de intercambio de información de salud, y divulgarla a otros proveedores de atención médica a través de redes de información de salud. Entiendo que mi información altamente confidencial será parte de la información de salud divulgada o puesta a disposición.

e. ¿Puedo cancelar la divulgación de mi información de salud?: Revise la notificación conjunta de prácticas de privacidad de AdventHealth y solicite a AdventHealth el formulario *Request to Restrict Use and Disclosure of Protected Health Information* (Solicitud de restricción de uso y divulgación de información de salud protegida).

\_\_\_\_\_ (Sus iniciales) Doy mi consentimiento para que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth usen, divulguen y accedan a mi información de salud según lo descrito antes y lo permitido por la ley.

### **CONSENTIMIENTO PARA CONTACTO:**

Al firmar este Acuerdo, entiendo que doy mi permiso a AdventHealth, Médicos y Proveedores de atención, y sus cesionarios, agentes y contratistas independientes, para que me llamen y me envíen mensajes (por ejemplo, mensajes de texto, correos electrónicos, mensajes por chat, etc.) en cualquier momento, a cualquier número de teléfono que proporcione, incluyendo cualquier número celular o inalámbrico del que sea usuario o suscriptor

actual o posteriormente, que sea proporcionado por mí o dado a AdventHealth por un tercero que ayude a AdventHealth a cobrar mi deuda, mediante el uso de un sistema de marcado telefónico automático o un mensaje de voz pregrabado o artificial para cualquier finalidad relacionada con mi atención médica y tratamiento, incluso la reposición de medicamentos recetados y los recordatorios de las citas, facturación o cobro relacionado con mi atención (incluidas las opciones de asistencia financiera), recomendación de opciones de tratamiento posibles o beneficios y servicios relacionados con la salud, y coordinación de transporte. El consentimiento para ponernos en contacto con usted para el pago, como se describe arriba, continuará hasta que usted nos diga que cancelemos su consentimiento, hasta que usted realice el pago completo o hasta que AdventHealth, los Médicos o Proveedores de atención renuncien o cancelen su pago.

Puede optar por dejar de recibir mensajes de texto de AdventHealth en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP" cada vez que le enviemos un mensaje. Usted también puede seleccionar ciertas opciones de comunicación dentro de la aplicación de AdventHealth. Puede comunicarse con AdventHealth en cualquier momento para cancelar la recepción de llamadas automáticas o con mensajes de voz pregrabados. AdventHealth se reserva el derecho de que un miembro del personal de AdventHealth le llame personalmente en cualquier momento con respecto a su tratamiento o pago de nuestros Servicios.

### **PERÍODO DE VIGENCIA:**

\_\_\_\_\_ (Sus iniciales) Entiendo que este Acuerdo tiene vigencia durante el año calendario en el que lo firmo y seguirá vigente hasta que lo vuelva a firmar.

**CUALQUIER CAMBIO ESCRITO A MANO A ESTE FORMULARIO NO SERÁ LEGALMENTE VINCULANTE NI EXIGIBLE. LEÍ ESTE ACUERDO O ALGUIEN ME LO LEYÓ. ME LO EXPLICARON A MI ENTERA SATISFACCIÓN.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**SI LA FIRMA ANTERIOR NO ES DEL PACIENTE, ESCRIBA A CONTINUACIÓN EL NOMBRE Y LA RELACIÓN DE LA PERSONA QUE FIRMA EN NOMBRE DEL PACIENTE.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(p. ej., padre, tutor, sustituto para atención médica, garante, apoderado, poder notarial)

Nombre \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ letra \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ imprenta: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL EMPLEADO SI EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL NO PUEDE/NO QUIERE FIRMAR.**

Motivo \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ cual \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ paciente \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ puede/quiere firmar: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**SI SE USAN SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



Escriba el nombre del intérprete, el número de identificación, el idioma interpretado, el método de interpretación (teléfono, video o en persona) y la firma del intérprete si el servicio se presta en persona:

## NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Vigente a partir del: 1 de abril de 2024*

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA DETENIDAMENTE.**

Si usted es menor de 18 años, sus padres o tutor deben firmar y manejar sus derechos de privacidad por usted.

Si tiene cualquier pregunta sobre esta notificación, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 800-906-1794/TTY: 407-200-1388.

### **Sección A: Quién Debe Cumplir Con Esta Notificación**

Esta notificación describe las prácticas de AdventHealth y de:

- Cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en su historia clínica en los centros de AdventHealth, tales como médicos, enfermeras, asistentes médicos, tecnólogos y otros.
- Todos los departamentos y unidades de los centros de AdventHealth, incluidos los hospitales, centros para pacientes ambulatorios, consultorios médicos, instalaciones de enfermería especializada, agencias de atención médica a domicilio, residencias, centros de atención de urgencias y departamentos de emergencia.
- Todos los empleados, personal administrativo, estudiantes, voluntarios y demás personal de los centros de AdventHealth.
- Todos los socios comerciales externos que ayudan a AdventHealth a proporcionar herramientas tecnológicas u otras operaciones de atención médica.

Si desea una lista de las entidades afiliadas a AdventHealth, por favor envíe una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad a la dirección que aparece más adelante en la Sección G.

### **Sección B: Nuestro Compromiso sobre su Información Médica**

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica. Creamos un registro de los cuidados y servicios que usted recibe en nuestros centros. Necesitamos este registro para proporcionarle una atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. La presente notificación aplica a todos los registros sobre su

atención médica generados o mantenidos en las instalaciones de AdventHealth, sea que hayan sido preparados por nuestros empleados o por su médico personal. Si su médico personal no es empleado de AdventHealth, su médico personal puede tener diferentes políticas o notificaciones con respecto al uso y divulgación de su información médica creada en el consultorio o clínica de su médico personal.

Esta notificación le indica las formas en las cuales podemos usar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de información médica.

La ley nos obliga a:

- ♦ Hacer nuestro mejor esfuerzo por mantener la privacidad sobre la información médica que lo identifique;
- ♦ Entregarle esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su información médica; y
- ♦ Cumplir con los términos y condiciones de la notificación vigente.

### **Sección C: Como Podemos Usar y Revelar Información Médica Sobre Usted**

Podemos compartir su información médica en cualquier formato que determinemos apropiado para coordinar eficientemente todo lo relacionado con su tratamiento, pago y servicios médicos de su atención. Por ejemplo, podemos compartir su información de forma oral, por fax, en papel o a través de intercambio electrónico.

También le solicitamos su consentimiento para compartir su información médica en los documentos de admisión que usted firma antes de recibir nuestros servicios. Este consentimiento es requerido por ley estatal para cierto tipo de divulgaciones y asegura que podamos compartir su información médica para las razones descritas a continuación. Puede ver el listado de las principales leyes estatales que exigen este consentimiento (Anexo A) haciendo click aquí <https://www.adventhealth.com/legal/patient-privacy-hipaa>, o puede solicitarle una copia impresa al personal de administración encargado de su registro. Si usted no desea otorgar su consentimiento para estas divulgaciones, por favor contacte al Oficial de Privacidad para determinar si podemos aceptar su solicitud.

Las siguientes categorías describen diferentes formas en las que usamos y divulgamos información médica. Explicaremos el significado de cada categoría de uso y divulgación de la información, y trataremos de proporcionar ejemplos. No se mencionan todas las formas de uso o divulgación en cada categoría; sin embargo, todas las formas permitidas de uso y divulgación de la información estarán incluidas en alguna de las categorías.

- **Tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de salud. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de AdventHealth que participe en su atención en el hospital. Por ejemplo, un médico que lo atienda por una fractura en la pierna puede necesitar

saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico deba informarle al dietista si usted tiene diabetes para que podamos organizar las comidas adecuadas. Los diferentes departamentos de AdventHealth también pueden compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que necesita, como prescripciones médicas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas ajenas a AdventHealth que puedan estar involucradas en su atención médica para que lo remitan, o a sus familiares, amigos, miembros del clero u otras personas que utilicemos para prestar los servicios que formen parte de su atención.

- **Pagos.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en AdventHealth puedan facturarse a usted, a una compañía de seguros o a un tercero, y se pueda cobrar el pago de estos. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle información a su plan de salud sobre la cirugía que usted recibió en AdventHealth, para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted por la cirugía. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento.
- **Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de AdventHealth. Estos usos y divulgaciones son necesarias para el funcionamiento de AdventHealth y para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. Podemos usar y divulgar su información según sea necesario para llevar a cabo u organizar servicios legales, auditorías u otras funciones. Podemos permitir que nuestros socios comerciales que nos ayudan con nuestras funciones administrativas y de otro tipo accedan a su información médica, la utilicen o la divulguen. Estos socios comerciales pueden incluir consultores, abogados, contables, licenciadores de software y otros terceros que nos prestan servicios. Por ejemplo, concedemos licencias de software con cierta tecnología habilitada para inteligencia artificial que procesa datos sobre usted que luego son revisados por su médico o proveedor de atención para ayudar a tratarle (por ejemplo, el software dentro de monitores cardíacos fetales y máquinas de electrocardiograma y resonancia magnética) o para ayudar a su médico o proveedor de atención a ser más eficiente (por ejemplo, software de dictado). Los socios comerciales pueden volver a divulgar su información médica solo según sea necesario para nuestro tratamiento, pago, operaciones de atención médica y funciones relacionadas, o para sus propias funciones administrativas permitidas, como llevar a cabo sus responsabilidades legales. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debe ofrecer AdventHealth, qué servicios no son necesarios y si ciertos nuevos tratamientos son eficaces. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de AdventHealth con fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con la información médica de otras entidades para comparar nuestro desempeño y ver dónde

podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que le identifique de este conjunto de información médica para que otros puedan utilizarla para estudiar la atención médica y la prestación de servicios médicos sin saber quiénes son los pacientes concretos. Una vez eliminada la información que lo identifica a usted, podemos utilizar los datos para otros fines. También podemos divulgar su información para determinados fines de funcionamiento de la atención médica a otras entidades que estén obligadas a cumplir la ley HIPAA si la entidad ha tenido relación con usted. Por ejemplo, otro proveedor de atención médica que le haya tratado o un plan de salud que le haya proporcionado cobertura de seguro pueden querer sus datos médicos para revisar la calidad de los servicios que usted recibió de ellos.

- **Recordatorios de Citas.** Podemos usar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en AdventHealth.
- **Alternativas de Tratamientos.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle opciones o alternativas de tratamientos que puedan ser de su interés.
- **Servicios y Beneficios Relacionados con la Salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- **Actividades de Recaudación de Fondos.** Podemos usar información sobre usted para contactarlo con el propósito de recaudar fondos para AdventHealth y sus operaciones. Esta información puede ser divulgada a fundaciones relacionadas con AdventHealth de manera que la fundación pueda contactarlo a usted para recaudar fondos para AdventHealth. Sólo compartiríamos información de contacto, como su nombre, dirección, número de teléfono, sexo, edad, estado de seguro médico, las fechas en que recibió tratamiento o servicios en AdventHealth, el departamento y médico que lo atendieron e información sobre el resultado de su tratamiento. Si usted no desea que AdventHealth se comunice con usted con el objetivo de recaudar fondos, deberá notificarnos por escrito como se establece en la Sección G.
- **Directorio de Pacientes.** Salvo que usted nos indique lo contrario, podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de pacientes de AdventHealth mientras usted sea paciente de AdventHealth. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en AdventHealth, su estado general de salud (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, también se puede divulgar a personas que pregunten por usted por su nombre. A menos que nos diga lo contrario, su afiliación religiosa puede ser comunicada a un miembro del clero, como un ministro, sacerdote o rabino, aunque no pregunten por usted por su nombre. Esto es para que su familia, amigos y miembros del clero puedan visitarlo en AdventHealth y saber en general cómo se encuentra.
- **Personas Involucradas en su Atención Médica o en el Pago de su Atención Médica.** Salvo que usted nos indique lo contrario, podemos divulgar

información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica; podemos dar información a alguien que ayude a pagar por su atención; o, podemos informar a su familia o amigos sobre su condición y que usted está en un centro de AdventHealth. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que esté ayudando en una catástrofe para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

- **Investigación.** En determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación, incluso a nuestras filiales de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro para la misma enfermedad. Sin embargo, todos los proyectos de investigación que afectan a personas están sujetos a un proceso de aprobación especial por parte de una Junta de Revisión Institucional. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de los pacientes de privacidad de su información médica. Antes de que utilicemos o divulguemos información médica para investigación, a menos que se eliminen la mayoría o todos los identificadores del paciente, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación. Sin embargo, podemos proporcionar acceso limitado de sólo lectura a información médica sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que revisen permanezca protegida. Si lo requiere la ley, le pediremos su permiso específico en los casos en que el investigador fuere a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si fuere a estar involucrado en su atención médica en AdventHealth.
- **Según lo Exija la Ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, cuando nuestros pacientes tienen ciertas enfermedades transmisibles, sufren de abuso, abandono o violencia, o para registros estatales como la Oficina de Estadísticas Vitales o registros de tumores. Otro ejemplo sería para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o vigilancia médica relacionada con el lugar de trabajo.
- **Para evitar una Amenaza Grave para la Salud o Seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona. No obstante, la divulgación sólo se hará a quien pueda ayudar a evitar la amenaza.

#### **Sección D: Situaciones Especiales**

- **Donación de Órganos y Tejidos.** Podemos divulgar información médica a aquellas organizaciones que manejen el proceso de obtención o trasplante de

órganos, ojos o tejidos, o a bancos de donación de órganos, en la medida que sea necesaria para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

- **Militares y Veteranos (Excombatientes).** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica sobre usted si así lo exigen las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera pertinente que la solicite. Podemos también divulgar información a las entidades que determinan la elegibilidad a ciertos beneficios otorgados a los veteranos (excombatientes).
- **Indemnización por Accidente Laboral.** Podemos divulgar información médica sobre usted para programas de indemnización laboral u otros similares, ya que estos programas proporcionan beneficios en caso de sufrir accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos para la Salud Pública.** Podemos divulgar información médica sobre usted como parte de las actividades relacionadas con la salud pública. Estas actividades, por lo general, incluyen las siguientes:
  - Para prevenir y controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
  - Para informar sobre nacimientos y muertes;
  - Para informar sobre abuso o abandono infantil;
  - Para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - Para notificar acerca de productos que se retiran del mercado;
  - Para notificar a las personas que pueden haber estado expuestas a enfermedades o que corren el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
  - Para notificar a las autoridades gubernamentales pertinentes si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. En este caso, la información será divulgada solamente si usted está de acuerdo, o si así lo solicitan o autorizan las leyes.
- **Actividades de Supervisión Sanitaria.** Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Pleitos y Litigios.** Podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han realizado esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

- **Cumplimiento de la Ley.** Podemos revelar información médica si así nos lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
  - En respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto o allanamiento, o proceso similar;
  - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;
  - Información acerca de la víctima de un delito si, bajo circunstancias específicas, no somos capaces de obtener la autorización de la persona;
  - Información acerca de una muerte que consideramos puede haber sido provocada por una conducta criminal;
  - Información acerca de conductas delictivas en AdventHealth; y
  - En caso de emergencia, para reportar un delito; la ubicación del lugar del delito o de sus víctimas; o, la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos forenses o examinadores médicos. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de su muerte. Así mismo, podemos revelar información médica sobre los pacientes de AdventHealth a los directores de las funerarias conforme sea necesario para facilitar el desempeño de sus funciones.
- **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.** Podemos revelar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados para realizar actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad autorizadas por la ley.
- **Servicios de Protección del Presidente y Otras Personas.** Podemos revelar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados a fin de que proporcionen la debida protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para conducir investigaciones especiales.
- **Presos.** Si usted es un interno en un centro penitenciario o bajo la custodia de un oficial o agente de la autoridad, podemos revelar información médica sobre usted a tal centro o agente. Esta divulgación sería necesaria para (1) que la institución le proporcione asistencia médica; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) la seguridad de la institución penitenciaria.

<b>Sección E: Sus Derechos sobre la Información Médica sobre Usted</b>
--

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que conservamos sobre usted:

- **Derecho de Inspección y Copia.** Usted tiene derecho a revisar y copiar parte de la información médica que se utiliza a la hora de tomar decisiones acerca de



su salud. Por lo general, esta información incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas psicoterapéuticas. Cuando su información médica esté contenida en una historia clínica electrónica, tal como se define este término en las leyes y normas federales, usted tiene derecho a obtener una copia de dicha información en formato electrónico y puede solicitar que transmitamos dicha copia directamente a una entidad o persona designada por usted, siempre que dicha solicitud se realice por escrito e identifique claramente a la persona a la que debemos enviar su Información Médica Protegida (*PHI*, por sus siglas en inglés). Si usted solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de gestión, copiado, envío por correo y otros suministros relacionados con su solicitud.

En determinadas circunstancias podemos denegarle su solicitud de consultar y copiar información médica. Si se le deniega el acceso a la información médica, en algunos casos puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional sanitario autorizado elegido por el hospital revisará su solicitud y la denegación. La persona que lleve a cabo revisión no será la misma persona que denegó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho de Modificación.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información sea conservada por o para la entidad de salud. Adicionalmente, debe justificar su solicitud.

Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- ♦ No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- ♦ No forme parte de la información médica conservada por o para la entidad de salud;
- ♦ No forme parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ♦ Es exacta y completa.

- **Derecho a Recibir un Informe sobre Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un “informe sobre divulgaciones”, esto es, una lista de determinadas divulgaciones que hemos realizado de información médica sobre usted. El informe excluirá ciertas divulgaciones según lo dispuesto en las leyes y normas aplicables, tales como las divulgaciones hechas directamente a usted, las divulgaciones que usted autorice, las divulgaciones a amigos o familiares involucrados en su cuidado, las divulgaciones con fines de notificación y ciertos otros tipos de divulgaciones hechas a instituciones correccionales o agencias de aplicación de la ley. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no podrá ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle

por los costes de proporcionar la lista. Le notificaremos el coste correspondiente y podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en gasto alguno.

- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica sobre usted que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamientos, pagos o funciones operativas de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre usted a personas involucradas en su atención médica o en el pago de su atención médica, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido.

En su solicitud, deberá especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud**, excepto en circunstancias limitadas en las que usted haya pagado los servicios médicos de su bolsillo en su totalidad en el momento del servicio y haya solicitado que no divulguemos su información médica a un plan de salud. En la medida de nuestras posibilidades, restringiremos la divulgación de información a su plan de salud. No podremos restringir la divulgación de su información médica a un plan de salud si la información no está relacionada únicamente con el artículo o servicio de atención médica que usted ha pagado en su totalidad. Por ejemplo, si va a someterse a una histerectomía que pagará su plan de salud, y solicita pagar en efectivo una abdominoplastia que desea que se realice durante la misma intervención, para evitar la divulgación a su plan de salud, tendría que pagar en efectivo todo el procedimiento o programar los procedimientos en días separados. Sepa también que tiene que solicitar y pagar una restricción para toda la atención de seguimiento y las derivaciones relacionadas con el servicio de atención médica inicial que se restringió, a fin de garantizar que no se revele a su plan de salud ninguno de sus datos médicos. Usted, su familiar u otra persona pueden pagar en efectivo o a crédito, o pueden utilizar el dinero de su cuenta de gastos flexibles o de su cuenta de ahorros de salud. Por favor, entienda que su información médica tendrá que ser revelada a su cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorros de salud para obtener dicho pago.

En caso de aceptar su solicitud, cumpliremos con su pedido salvo que la ley exija o permita la divulgación de otra forma. Por ejemplo, podemos divulgar su información restringida si es necesario para proporcionarle tratamiento de emergencia.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar concreto. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.

- **Derecho a Recibir una Notificación de Infracción.** Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito de una infracción si se ha accedido a su información médica no segura, se ha utilizado, adquirido o divulgado a una persona no autorizada como resultado de dicha infracción, y si la infracción compromete la seguridad o privacidad de su información médica. A menos que usted especifique por escrito que desea recibir la notificación por correo electrónico, le enviaremos dicha notificación escrita por correo de primer nivel o, si es necesario, por otras formas de comunicación sustitutivas permitidas por la ley.
- **Derecho a Recibir una Copia Impresa de esta Notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente, usted sigue teniendo derecho a recibir una copia en papel de ésta. Puede obtener una copia de esta notificación en nuestra página web, <https://www.adventhealth.com/legal/patient-privacy-hipaa>.
- **Derecho a Rechazar la Participación en el Intercambio de Información Médica.** AdventHealth ha conectado electrónicamente la información médica del paciente a la aplicación de intercambio de información de salud de AdventHealth conocida como *Epic's Care Everywhere* y otras aplicaciones y servicios relacionados (las "aplicaciones HIE"). Las aplicaciones HIE proporcionan funciones de interoperabilidad que nos conectan con otras organizaciones de intercambio de información de salud para compartir información médica de pacientes con y desde otros proveedores de atención médica, proveedores de servicios de información de salud (*HISP*, por sus siglas en inglés), planes de salud y agencias gubernamentales. Hacer que la información médica del paciente esté disponible a través de las aplicaciones HIE de AdventHealth promueve la eficiencia y la calidad de la atención.

Usted puede optar por no permitir que su información médica sea compartida a través de las aplicaciones HIE de AdventHealth. Compartir información médica a través de las aplicaciones HIE de AdventHealth no es una condición para recibir atención médica. Para optar por no participar en las aplicaciones HIE de AdventHealth, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección o correo electrónico proporcionado en la sección G a continuación, o solicite firmar un formulario de cancelación de la aplicación de HIE cuando visite un centro de AdventHealth. Tenga en cuenta que cualquier información médica sobre usted que se haya puesto previamente a disposición de otros destinatarios a través de las aplicaciones de HIE no está controlada por AdventHealth. Para darse de baja de algunos otros intercambios de información médica nacionales, regionales o estatales, debe comunicarse con las aplicaciones HIE específicas o con sus otros proveedores o compañías de seguros y seguir su proceso de cancelación.

Una vez AdventHealth procese su solicitud de exclusión voluntaria de la aplicación de HIE, los proveedores de atención médica fuera de AdventHealth ya no podrán ver su información médica originada en AdventHealth. Esto significa que los proveedores de atención médica externos a AdventHealth pueden tardar más tiempo en obtener la información médica que necesitan para

tratarlo a usted. Su solicitud de exclusión permanecerá vigente hasta que usted proporcione una solicitud por escrito a AdventHealth para comenzar a compartir nuevamente su información médica a través del HIE de AdventHealth. Aunque usted no participe en un intercambio de información médica, ciertos requisitos de información de la ley estatal, como el registro de vacunación, se cumplirán a través del intercambio de información médica. Algunos estados también permiten que los proveedores de atención médica accedan a su información médica a través de un intercambio de información de salud nacional, regional o estatal si es necesario para tratarlo en una emergencia.

Para ejercer los derechos mencionados, póngase en contacto con la siguiente persona para obtener una copia del formulario correspondiente que deberá completar para realizar su solicitud: Con el Oficial de Privacidad al 800-906-1794/TTY: 407-200-1388.

#### **Sección F: Cambios a Esta Notificación**

Nos reservamos el derecho a modificar esta notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo la notificación revisada o modificada para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de la actual notificación en AdventHealth, así como en nuestro sitio web. La notificación contendrá, en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre o sea admitido en un centro de AdventHealth para recibir tratamiento o servicios de atención médica, pondremos a su disposición una copia de la notificación actual vigente.

#### **Sección G: ¿Tiene quejas o preocupaciones?**

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante AdventHealth o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante AdventHealth, comuníquese con: El Oficial de Privacidad al 800-906-1794/ TTY: 407-200-1388, o por correo electrónico a [patientrequest@adventhealth.com](mailto:patientrequest@adventhealth.com), o por correo a AdventHealth, 900 Hope Way, Altamonte Springs, FL 32714, Atn.: Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

**No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.**

#### **Sección H: Otros Usos de la Información Médica que Requieren de su Autorización**

Los siguientes tipos de usos y divulgaciones de información médica se realizarán únicamente con su autorización escrita.

- **Notas Psicoterapéuticas.** Las notas de psicoterapia son notas que su psiquiatra o psicólogo mantiene separadas y aparte de su historial médico. Estas notas

requieren su autorización por escrito para ser divulgadas a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley, sea para defender al psiquiatra o psicólogo en una demanda presentada por usted, o, sea para tratarle o para formar a estudiantes.

- **Marketing.** Su autorización es necesaria para utilizar sus datos médicos con fines de marketing, a menos que estemos teniendo una charla cara a cara sobre el nuevo producto o servicio de atención médica, o que le estemos dando un regalo que no cueste mucho para informarle sobre el nuevo producto o servicio de atención médica. También debemos informarle si alguien nos paga por informarle sobre un nuevo producto o servicio de salud.
- **Venta de Información Médica.** No nos es permitido vender su información médica sin su autorización y debemos informarle si recibimos algún pago. Sin embargo, ciertas actividades que no son consideradas como venta de su información médica y no requieren de su consentimiento. Por ejemplo, podemos vender nuestro negocio, pagarle a los contratistas y subcontratistas que trabajan para nosotros, participar en proyectos de investigación, recibir cobrarle por proporcionarle tratamiento, proporcionarle copias o un informe de las divulgaciones de su información médica, o podemos utilizar o divulgar su información médica sin su permiso si la ley nos lo exige o permite, como por ejemplo con fines de salud pública.

Si usted nos da su autorización para utilizar o divulgar información médica sobre usted, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de utilizar o divulgar su información médica por los motivos contemplados en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le hemos prestado.

### **Sección I: Acuerdo de Atención Médica Organizada**

AdventHealth, su personal médico y otros proveedores de atención médica afiliados a AdventHealth han acordado, según lo permita la ley, compartir su información médica entre ellos para fines de su tratamiento, pago u operaciones de atención médica en AdventHealth. Podemos participar en acuerdos organizados de atención médica con otras entidades cubiertas, como otros proveedores de atención médica, que no son nuestros agentes para fines de revisión conjunta de utilización, evaluación de calidad y actividades de mejora, o actividades de pago. Cada una de ellas es una entidad independiente responsable de sus propias actividades. Esto nos permite atender mejor sus necesidades de atención de salud.

En un esfuerzo por controlar los costos de atención médica, sin dejar de brindar atención de calidad, AdventHealth, los miembros contratistas independientes de su Personal Médico y otros proveedores de atención médica en las comunidades donde AdventHealth brinda servicios también se han unido o pueden estar en proceso de unirse para crear redes de proveedores u organizaciones de atención responsable para brindar y administrar su tratamiento, así como para realizar

investigaciones de salud de la población para mejorar la calidad de la atención en nuestras comunidades. Le pedimos que consienta la divulgación de su información médica y datos altamente sensibles en nuestros documentos de admisión cuando acuda a nuestras instalaciones. Si usted desea restringir estas divulgaciones, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad según lo establecido en la Sección G para determinar si podemos aceptar su solicitud. Comuníquese también con nuestro Oficial de Privacidad si desea ver una lista de las redes, acuerdos organizados de atención médica, entidades cubiertas afiliadas u organizaciones de atención responsable en las que participa AdventHealth.

## Como paciente, usted tiene derecho a: (Continuación)

- Confidencialidad de su información de salud.
- Acceso a la información contenida en su expediente médico dentro de un plazo razonable.
- Saber cuáles normas y reglamentos corresponden a su conducta.
- Conocer qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluyendo si hay un intérprete disponible si usted no habla inglés.
- Tener acceso a servicios de protección y defensa.
- Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental, y a dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación experimental.
- Recibir, previa solicitud, toda la información y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
- Si usted es elegible para Medicare, saber, cuando se solicite, antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el centro de atención de salud acepta la tarifa designada por Medicare.
- Recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, un cálculo razonable de los gastos de atención médica.
- Recibir una copia de una factura detallada razonablemente clara y comprensible, y previa petición, una explicación de los gastos.
- Que el hospital responda a sus inquietudes o reclamos o los de su familia en relación con los servicios o la atención proporcionados.
- Expresar sus quejas respecto a cualquier violación de sus derechos, como se indica en la ley de Florida, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o del centro de atención de salud que le sirve y a la agencia estatal autorizante correspondiente.

## Responsabilidades del paciente

### Como paciente, tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar a su proveedor de atención médica, según su leal saber y entender, información precisa y completa acerca de sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros temas relacionados con su salud;
- Informar cambios inesperados en su condición a su proveedor de atención médica.
- Informar a su médico si comprende claramente un curso de acción planificado y qué se espera de usted.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica.
- Cumplir las citas y, cuando usted no pueda hacerlo por algún motivo, notificar al proveedor de atención médica responsable o al centro de atención de salud.
- Ser responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- Garantizar que las obligaciones financieras por su atención de salud se cumplan lo más pronto posible.
- Cumplir todos los reglamentos del centro de atención de salud que afecten la atención y conducta del paciente.

## Resumen de la política de directivas anticipadas

### Testamento y designación de delegado de atención médica

**Como paciente, tiene el derecho de formular directivas anticipadas** y de tomar decisiones vinculadas a su atención médica, incluido el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico/quirúrgico. AdventHealth está comprometido a ayudar a facilitar los derechos que expresó en relación con su atención médica por cualquier afección o procedimiento médico. AdventHealth acatará sus directivas anticipadas dentro de los límites de lo establecido en las leyes sobre directivas anticipadas, la misión, filosofía y capacidad de AdventHealth. **Recibirá el mismo tratamiento médico de AdventHealth ya sea que tenga directivas anticipadas o no.**

Si AdventHealth no pudiera cumplir con sus directivas anticipadas, según lo estipulado en la Ley del Estado de Florida N.º 765 (ley sobre directivas anticipadas), lo ayudaremos a usted, o a su representante para la atención médica, a transferir su atención a otro centro que acepte cumplirlas. Si usted o su(s) médico(s) tuvieran alguna objeción de conciencia en cuanto a su atención, podrán solicitar una consulta de ética. AdventHealth no aceptará, autorizará ni aprobará directivas anticipadas que incluyan solicitudes de muerte por piedad o eutanasia.

Las directivas anticipadas son documentos legales que puede completar que le ayudarán a asegurar que se cumplan sus deseos cuando usted no pueda hablar. Estos documentos indican sus elecciones en cuanto a las decisiones de atención médica, incluyendo, sin limitarse a ellos, procedimientos para prolongar la vida y la designación de una persona que tomará las decisiones de atención médica en caso de que no pueda hacerlo usted mismo. **Las directivas anticipadas se conocen comúnmente como el Testamento en vida y Designación de un representante para la atención médica.**

El **testamento en vida** es un documento con instrucciones que le permite indicar sus elecciones en cuanto al uso de procedimientos para prolongar la vida. Según las leyes del estado de Florida, cuando dos médicos certifican que tiene una afección terminal, afección en etapa final o se encuentra en un estado vegetativo persistente, puede darse curso a su testamento. También puede designar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted si quedara física o mentalmente incapacitado para hacerlo. Puede hacerlo completando un documento de **designación de representante para la atención médica. Es muy importante que los deseos que exprese en estos documentos sean hablados con su médico y su familia / pareja.**

**Solicitamos que cada vez que venga al hospital a internarse, traiga una copia de sus directivas anticipadas más recientes.** Cada vez que ingrese en el hospital como adulto internado le preguntarán si ha preparado directivas anticipadas. Su respuesta se documentará en su expediente médico. Si ya firmó un documento de directivas anticipadas y no lo trajo al hospital, le pedirán que complete otro.

Puede solicitar formularios de directivas anticipadas a su enfermero, un coordinador de administración de casos, o a un capellán.

También puede descargar los formularios de directivas anticipadas y obtener más en el sitio web de AdventHealth: <http://www.AdventHealth.com/Patients/AdvancedDirectives.aspx>

## Conciencia sobre seguridad

### Elija ser parte de sus cuidados

#### Pregúntele a su enfermera sobre:

- El plan de hoy para su atención
- Sus medicamentos y efectos secundarios
- Los resultados de sus exámenes
- El plan para controlar su dolor

#### Díganos:

- Si se siente peor
- Qué es lo más importante que podemos hacer por usted

#### Recuerde:

- A todo aquel que ingrese en su habitación que se lave las manos

Si tiene preguntas o preocupaciones, y si no entiende, pregunte de nuevo. Es su cuerpo, y usted tiene derecho a saber.

- Puede compartir sus **felicitaciones, sugerencias e inquietudes de seguridad** mediante tarjetas **SHARE**.
- Puede llamar a la **LÍNEA DIRECTA DE SEGURIDAD** al **407-303-7268** o visitar el sitio web de seguridad de Florida Hospital en <http://www.AdventHealth.com/orlando/Patients/PatientSafety.aspx>

#### Prevención de caídas:

- Utilice su luz de llamada para solicitar ayuda.
- Use zapatos o calcetines que tengan suelas antiderrapantes o antideslizantes cuando se encuentre fuera de la cama.
- Llame para pedir ayuda y espere a la enfermera si se siente débil o mareado cuando necesite levantarse.
- En el baño, utilice el cordón de llamada y espere a la enfermera si se siente débil o necesita ayuda.
- Dígame a la enfermera si hay cosas derramadas en el suelo, cosas que obstaculicen el área para caminar o muebles rotos.
- Si está conectado a intubación, pídame ayuda a la enfermera para salir de la cama.
- Pida a la enfermera que se asegure de que la mesa de noche, la luz de llamada y el teléfono estén cerca suyo.
- No se apoye en la mesa de noche: tiene ruedas.
- Se les puede pedir a los familiares y amigos que se queden con usted o el hospital puede colocar un acompañante en la habitación con usted, si es necesario para su seguridad.

#### Inquietudes o quejas

**Su satisfacción es importante para nosotros.** Si tiene alguna inquietud o queja, por favor permita que la persona responsable de su cuidado o su supervisor tenga la oportunidad de escuchar, examinar y ayudar en la resolución correspondiente. Si no se ha resuelto su reclamo, pida para hablar con el director del departamento o el supervisor del edificio (digite "0" desde un teléfono del hospital).

Si su inquietud no puede resolverse mediante el procedimiento de reclamos de AdventHealth, le solicitamos que dé la oportunidad a Gestión de Riesgos (407-200-1330) de tratar su reclamo. La mayoría de los problemas se resuelven en 30 días o menos.

Puede ponerse en contacto con las siguientes agencias:

Agencia de Administración de atención médica  
Unidad de Administración de Reclamos  
2727 Mahan Drive  
Tallahassee, FL 32308  
Teléfono: 888-419-3456

Hospital Complaint DNV Healthcare Inc.  
400 Techne Center Drive, Ste 100  
Milford, OH 45150-2792  
Teléfono: 866-523-6842  
Revised January 2019



## Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

AdventHealth respeta los derechos humanos fundamentales y la dignidad personal de cada paciente. Como paciente, usted tiene el derecho y la responsabilidad de estar informado y de participar en las decisiones relativas a su atención y tratamiento. Si usted está incapacitado, imposibilitado o es menor de edad, sus derechos pueden ser ejercidos por una persona legalmente autorizada.

La ley de Florida exige que su médico o centro de atención de salud reconozca sus derechos mientras está recibiendo atención médica y que usted respete al médico o centro de salud el derecho a esperar un cierto comportamiento por parte del paciente. Podrá solicitar una copia del texto completo de esta ley a su médico o centro de atención de salud. A continuación, un resumen de sus derechos y responsabilidades:

### Derechos del paciente

#### Como paciente, usted tiene derecho a:

- Acceso imparcial a tratamiento o arreglos médicos, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- Tratamiento de cualquier condición médica de emergencia que empeorará si no se ofrece tratamiento.
- Saber quién está prestando sus servicios médicos y quién es responsable de su cuidado.
- Solicitar notificación a un familiar o representante y a su propio médico inmediatamente después del ingreso al hospital.
- Recibir, por parte de su proveedor de atención médica, información relativa al diagnóstico, estado de salud, curso planeado de su tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.
- Ser informado sobre los resultados de la atención, tratamiento y servicios que le han proporcionado, incluidos los resultados no previstos.
- Evaluación y control de su dolor.
- Solicitar y rechazar cualquier atención, tratamiento o servicio, salvo las excepciones establecidas por la ley.
- Formular Directivas Anticipadas y hacer que el(los) médico(s) y el personal presten una atención que sea coherente con estas directivas.
- Una respuesta rápida y razonable a las preguntas y peticiones.
- Estar libre de restricciones físicas y medicamentos utilizados como forma de retención, excepto cuando sea necesario y se haya decidido que intervenciones menos restrictivas no tienen eficacia.
- Ser tratado con cortesía y respeto, valorando su dignidad individual en un ambiente que contribuya a una imagen personal positiva.
- Estar libre de abuso mental, físico, sexual y verbal, negligencia y explotación.
- La protección de su necesidad de privacidad y de recibir atención en un ambiente seguro.





### CON RESPECTO A SUS CARGOS HOSPITALARIOS

Como cortesía a nuestros pacientes, estamos proporcionando esta explicación para ayudarle a entender sus cargos. A continuación se enumeran las respuestas a las preguntas frecuentes de nuestros pacientes. Su factura puede tener cargos en cualquiera o todas estas áreas de servicio:

- A. PENSIÓN EN HABITACIONES:** Estos cargos representan la habitación a la que se le asignó durante su estancia.
- B. RADIOLOGÍA:** Si le realizaron radiografías, este es el cargo hospitalario por rayos-X. Usted Recibirá una factura del radiólogo que leyó sus radiografías y le envió un informe escrito a su médico. Esta facturación se le enviará directamente del Especialista en Radiología de Florida (866-481- 7571)
- C. LABORATORIO:** El cargo hospitalario es por análisis de sangre u otros estudios ordenado por su médico. Usted Recibirá una factura del patólogo quién interpretó estos estudios y le envió resultados al médico. Esta facturación se le enviará directamente por central East Coast Pathology (866-759-4528)
- D. ANESTESIA:** El cargo hospitalario es por los suministros y equipos de anestesia. Usted recibirá una factura del Anestesiólogo que le administró la anestesia. Esto se le enviará directamente desde US Anesthesia Partners JLR (407-667-0505) or Health Care Partners (866-751-3326)
- E. SUMINISTROS MÉDICOS:** Esto representa el costo de todos los suministros como vendajes, suministros quirúrgicos y artículos similares utilizados durante su visita al hospital y / o procedimientos.
- F. FARMACIA:** Este es el costo de los medicamentos recetados por su médico administrados durante su estadía.
- G Médico de la sala de emergencias (tarifa):** Esto representa la factura del médico de la sala de emergencias. Recibirá una factura por separado de DuvaSawko. Todas las consultas deben dirigirse a ellos (888-311-8760).
- H. Médico hospitalista:** Esto representa a los médicos que brindan su atención en el hospital. IPC/Team Health (888-661-7868) o HCP (866-751-3326).
- I. Servicios de ambulancia:** [Condado de Volusia] Recibirá una factura por separado del EMS [Evac] del condado de Volusia (800-323-3822). [Condado de Flagler] Recibirá una factura por separado del EMS del condado de Flagler
- J. Radioterapia:** este cargo es por la administración de radioterapia proporcionada por AdventHealth. Recibirá una factura por separado de la facturación del médico [Servicios de oncología radiológica] - (844-855-2465).

AdventHealth está contratado con muchas HMO, PPO y otras organizaciones de atención administrada. Debido a que queremos ser lo más cuidadosos posible para asegurarnos de que los servicios de usted estén cubiertos por su compañía de seguros, le sugerimos que se comunique con su seguro poco antes de que se presten servicios y verifique que AdventHealth es un proveedor cubierto.

Además, recuerde que muchas veces, los servicios hospitalarios se combinan con servicios proporcionados por médicos como: anestesiólogos, radiólogos, patólogos, cardiólogos, médicos de la sala de emergencias y otros. Recuerde preguntar a estos proveedores sobre el estado de su contrato. Por lo tanto, incluso si el hospital es un proveedor en contrato con su seguro médico, algunos de estos médicos pueden no serlo. Si tiene alguna pregunta sobre su cuenta, nuestro personal estará encantado de ayudarle de cualquier manera que podamos.

Estamos disponibles de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. @ 386-671-4600



## Hospital Quality Measures/Patient Safety Information

**Hospital name: ADVENTHEALTH FISH MEMORIAL**

**Date: 10/3/2024**

Patients admitted to the hospital for treatment of medical problems sometimes experience other serious injuries, complications, or conditions. Some patients may experience problems soon after they are discharged and need to be admitted to the hospital again. These events can often be prevented if hospitals follow best practices for treating patients.

### Health Care Associated Infections (HAI)

**April 2022 through March 2023**

HAIs are infections that occur while a patient is being treated in a hospital. Many of these infections can be prevented through the use of proper procedures and precautions. Infection reports compare the infections at a hospital to a national benchmark.

	Catheter Associated Urinary Tract Infection	Central-line Associated Bloodstream Infection	Clostridium Difficile Infections	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus	Surgical Site Infection from Colon Surgery	Surgical Site Infection from Abdominal Hysterectomy
State Benchmark	0.658	0.652	0.481	1.063	0.937	0.726
Facility Rating	★★	★★	★★★	★★	★★	N/A

- ★★★ Better than the U.S. National Benchmark  
★★ No different than the U.S. National Benchmark  
★ Worse than the U.S. National Benchmark  
N/A No results available

### Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)

**April 2022 through March 2023**

Patient surveys measure satisfaction with hospital care, nurse and doctor communication, staff response to needs, and the cleanliness and quietness of the hospital.

	Overall Hospital Rating
National Average	72%
State Average	66%
Facility Overall Rating	★★★ 71%

- ★ The star ratings range from ★ - ★★★★★ stars  
(%) The percent of patients surveyed who gave the hospital the highest possible score  
N/A No results available

### 15-Day Readmission Rate

**January 2022 through December 2022**

Patients should not normally be readmitted to a hospital within 15 days of a hospital stay for the same or a related condition. A low 15-Day readmission rate generally means the hospital is doing a better job of managing a patient's condition and helping arrange proper post-hospital care coordination.

	15-day Readmission Rate
Statewide Rate	6.39%
Facility Rate	5.72% (Lower than Expected)

- (%) The percentage of patients readmitted within 15 days of initial discharge  
(As Expected, Lower than Expected, or Higher than Expected) is based on the severity of patients seen.  
N/A No results available

For more information: FloridaHealthFinder.gov: <https://www.floridahealthfinder.gov/Compare-Care/Glossary>  
HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey Webpage: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS>

# Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un centro de la red, incluyendo un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, está amparado contra la facturación del saldo. En estos casos, no deben cobrarle más que los copagos, el coaseguro y/o el deducible de su plan.

## ¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta un médico u otro proveedor de atención médica, puede adeudar determinados [gastos de bolsillo](#) como un [copago](#), [coaseguro](#) o [deducible](#). Puede tener costos adicionales o que pagar toda la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está incluido en la red de su plan médico.

"Fuera de la red" se refiere a proveedores y centros de salud que no han celebrado un contrato con su plan médico para prestarle servicios. Los proveedores fuera de la red podrían estar autorizados a facturarle a usted la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que ellos cobran por un servicio. Esto se llama "**facturación del saldo**". Este monto probablemente sea mayor que los costos dentro de la red del mismo servicio y podrían no contar para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

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

## Usted está protegido contra la facturación del saldo por:

### **Servicios de emergencia**

Si usted tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, incluido un hospital o centro de cirugía ambulatoria, lo máximo que le pueden facturar es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coaseguro y deducibles). **No** le pueden facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen el saldo de los servicios posteriores a la estabilización.

*Consulte a continuación información con respecto a la ley de Florida.*

### **Algunos servicios en un centro dentro de la red**

Cuando recibe servicios en un centro dentro de la red, incluyendo un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, es posible que algunos proveedores que trabajan allí no estén dentro de la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores le pueden facturar es el monto de costo compartido dentro de red de su plan. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistencia quirúrgica, médicos de hospital o intensivistas. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo a usted y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, salvo que otorgue su consentimiento por escrito para renunciar a sus protecciones.

**Nunca se le pedirá que renuncie sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco se le pedirá que reciba atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.**

*Consulte a continuación información con respecto a la legislación de Florida.*

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

- Usted solamente es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coaseguro y deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan médico debe:
  - Cubrir servicios de emergencia sin requerir que usted obtenga antes la aprobación para los servicios (también conocido como "autorización previa").
  - Cubrir servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
  - Calcular lo que usted debe al proveedor o centro (costo compartido) en función de lo que pagaría en un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en la explicación de beneficios.
  - Contabilizar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para alcanzar el deducible dentro de la red o el límite de gastos de bolsillo.

**Legislación de Florida**

La legislación de Florida generalmente contiene protecciones contra la facturación de saldo similares a las de la Ley Sin Sorpresas (como se describe en este aviso), *salvo que* tenga un determinado plan médico (es decir, planes comerciales totalmente financiados como un plan de proveedor preferido ("PPO") o de proveedor exclusivo ("EPO"), su proveedor no le puede facturar más que el monto del costo compartido de servicios dentro de la red incluso si otorga su consentimiento para que lo haga. Si tiene uno de estos planes, Florida extiende las protecciones contra la facturación de saldo a servicios de emergencia y no emergencia cubiertos proporcionados por un centro de atención de urgencias. Si no está seguro si tiene uno de estos planes, revise su tarjeta de seguro, llame a su aseguradora o comuníquese con [AdventHealth patient financial services at XXX-XXX-XXXX].

**Si cree que se le facturó indebidamente**, comuníquese con la Mesa de Ayuda Sin Sorpresas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al 1-800-985-3059, que es la autoridad responsable de hacer cumplir las leyes federales de protección contra la facturación de saldos o sorpresa. Visite [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers) para obtener más información sobre sus derechos conforme a la legislación federal.

Florida tiene un proceso independiente de resolución de disputas para resolver problemas relacionados con reclamaciones, incluyendo disputas con proveedores o planes de seguro por recibir facturas de saldo indebidas. Si su proveedor le envía una factura de saldo indebida, puede presentar una queja ante el Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor de Florida en <https://www.fdacs.gov/#>. Si su aseguradora le envía una factura de saldo indebida, puede presentar una queja ante la Oficina de Regulación de Seguros del Departamento de Servicios Financieros de Florida en <https://myfloridacfo.com/division/consumers/>.

**Hable con su proveedor de atención médica sobre cómo tratar su dolor.**

**Cree un plan de tratamiento seguro y eficaz que sea adecuado para usted.**

## Alternativas a los opioides: Medicaciones

### VENTAJAS:

- Puede controlar y aliviar el dolor de leve a moderado con pocos efectos secundarios.
- Puede reducir la exposición a los opioides y su dependencia.

### DESVENTAJAS:

- Es posible que no estén cubiertos por el seguro.
- Es posible que no sean eficaces para el dolor intenso.

**Florida  
HEALTH**

MEDICACIONES NO OPIOIDES	DESCRIPCIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS ADICIONALES
<b>Acetaminofeno (Tylenol)</b>	Alivia el dolor de leve a moderado y trata dolor de cabeza, dolores musculares, artritis, dolor de espalda, dolor de dientes, resfríos y fiebre. <i>Las sobredosis pueden causar daño hepático.</i>
<b>Fármacos antiinflamatorios no esteroides (NSAID):</b> aspirina, ibuprofeno (Advil, Motrin), naproxeno (Aleve, Naprosyn)	Alivia el dolor de leve a moderado y reduce la hinchazón y la inflamación. El riesgo de problemas de estómago aumenta para las personas que toman NSAID con regularidad. <i>Puede incrementarse el riesgo de hemorragias.</i>
<b>Medicaciones para el dolor de origen nervioso:</b> gabapentina (Neuraptine), pregabalina (Lyrica)	Alivia el dolor de leve a moderado de origen nervioso (dolor punzante y con ardor). <i>Pueden causar somnolencia, mareos, pérdida de la coordinación, cansancio y visión borrosa.</i>
<b>Antidepresivos:</b> Effexor XR, Cymbalta, Savella	Alivia el dolor crónico de leve a moderado (dolor punzante y con ardor) y dolores de cabeza. <i>Según la medicación, los efectos secundarios pueden incluir: somnolencia, mareos, cansancio, estreñimiento, pérdida o aumento de peso.</i>
<b>Cremas, espumas, geles, lociones, ungüentos, sprays y parches con medicamentos:</b> Anestesia (lidocaína), NSAID, relajantes musculares, capsaicina, componentes tópico	Su uso puede ser más seguro para aliviar el dolor de leve a moderado porque el medicamento se aplica en el lugar del dolor. La anestesia alivia el dolor de origen nervioso (dolor punzante y con ardor) por adormecimiento del área; los NSAID alivian el dolor de osteoartritis, esguinces, lesiones relacionadas con esguinces y exceso de esfuerzo; los relajantes musculares reducen el dolor al hacer que los músculos estén menos tensos o rígidos; y la capsaicina alivia el dolor neuropático y musculoesquelético. Los componentes tópicos preparados por un farmacéutico se pueden personalizar para satisfacer las necesidades específicas del paciente. <i>La irritación cutánea es el efecto secundario más frecuente. La capsaicina puede provocar sensación de calor, picazón o ardor en la piel.</i>
<b>Manejo intervencionista del dolor</b>	Incluye inyecciones de anestesia o esteroides alrededor de nervios, tendones, articulaciones o músculos; la estimulación de la médula espinal; los sistemas de administración de fármacos; o los bloqueos temporales o permanentes. Se medican áreas específicas del cuerpo. Pueden causar un alivio del dolor a corto y a largo plazo. <i>Algunas de las afecciones médicas y alergias pueden generar complicaciones.</i>
<b>Anestesia no opioide</b>	Los opioides pueden ser reemplazados con medicaciones más seguras que bloquean el dolor durante y después de la cirugía. Un proveedor de atención médica o un anestesiólogo pueden ofrecerle opciones y analizar los efectos secundarios.

# Alternativas a los opioides: Terapias

## VENTAJAS:

- Puede controlar y aliviar el dolor de leve a moderado con pocos efectos secundarios.
- Puede reducir la exposición a los opioides y su dependencia.
- El tratamiento se dirige al área de dolor —no es sistémico.
- Los proveedores están habilitados y regulados por el estado de Florida.\* ([apps.mqa.doh.state.fl.us/MQASearchServices](https://apps.mqa.doh.state.fl.us/MQASearchServices))

## DESVENTAJAS:

- Es posible que no estén cubiertos por el seguro.
- Es posible que el alivio del dolor no sea inmediato.
- Es posible que no sean eficaces para el dolor intenso.

Fuentes: Colegio Estadounidense de Cirujanos (American College of Surgeons), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention), Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health), Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration), Centro Médico de Salud y Bienestar de Harvard (Harvard Health and Wellness Medical Center) (Universidad del Estado de Ohio)

TERAPIAS	DESCRIPCIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS ADICIONALES
<b>Cuidado personal</b>	<p><b>Frío y calor:</b> El hielo alivia el dolor y reduce la inflamación y la hinchazón en lesiones intensas; el calor reduce el dolor y la rigidez muscular. Pueden causar un alivio del dolor a corto y a largo plazo. <i>Demasiado calor puede aumentar la hinchazón y la inflamación.</i></p> <p><b>Ejercicio y movimiento:</b> El ejercicio regular y la actividad física pueden aliviar el dolor. Simplemente caminar tiene beneficios. Las prácticas mente-cuerpo como el yoga y el tai chi incorporan control de la respiración, meditación y movimientos para elongar y fortalecer los músculos. <i>Mantener el ejercicio diario y superar las barreras para ejercitarse pueden ser un desafío.</i></p>
<b>Terapias complementarias</b>	<p><b>Acupuntura:</b> Los acupunturistas* insertan agujas delgadas en el cuerpo para estimular puntos específicos y así aliviar el dolor y promover la curación. Puede ayudar a aliviar algunos tipos de dolor crónico: dolor en la parte baja de la espalda, cuello y rodilla, y el dolor por osteoartritis. Puede reducir la frecuencia de los dolores de cabeza por tensión. <i>Es posible que se observen hemorragias, moretones e inflamación en los lugares de inserción.</i></p> <p><b>Quiropráctica:</b> Los médicos quiroprácticos* utilizan un enfoque de práctica directa para tratar el dolor, lo que incluye métodos manuales, mecánicos, eléctricos y naturales, y guía nutricional. Puede ayudar en el manejo del dolor y mejorar la salud general. <i>En ocasiones se experimenta dolor o inflamación en las articulaciones o músculos espinales—por lo general, dentro de las primeras horas posteriores al tratamiento.</i></p> <p><b>Tratamiento con manipulación osteopática (Osteopathic Manipulative Treatment, OMT):</b> Los médicos osteópatas* usan el OMT—una técnica práctica aplicada a los músculos, las articulaciones y otros tejidos—para tratar el dolor. Está clínicamente probado que alivia el dolor en la parte baja de la espalda. <i>Es posible que se experimente dolor o rigidez los primeros días después del tratamiento.</i></p> <p><b>Terapia con masajes:</b> Los masajistas* manipulan manualmente el músculo, el tejido conectivo, los tendones y los ligamentos. Pueden aliviar el dolor relajando los músculos, tendones y articulaciones con dolor. Pueden aliviar el estrés y la ansiedad —posiblemente haciendo que los mensajes de dolor hacia y desde el cerebro sean más lentos. <i>Es posible que se sienta algo de malestar en ciertos momentos durante un masaje — en especial durante un masaje de tejido profundo.</i></p> <p><b>Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS):</b> TENS es la aplicación de corriente eléctrica a través de electrodos colocados sobre la piel con frecuencias variables. Los estudios han demostrado que TENS es eficaz para una gama de afecciones dolorosas. La intensidad de TENS se describe como una sensación fuerte pero confortable. <i>Las reacciones alérgicas a las almohadillas adhesivas son posibles.</i></p>
<b>Terapias de rehabilitación</b>	<p><b>Terapia ocupacional:</b> Los terapeutas ocupacionales* tratan el dolor mediante el uso terapéutico de las actividades cotidianas. Se puede aliviar el dolor asociado con vestirse, bañarse, comer y trabajar. La terapia incluye actividades que aumentan la coordinación, el equilibrio, la flexibilidad y el rango de movimiento. <i>Las intervenciones y recomendaciones de la terapia no serán de ayuda si el paciente no las pone en práctica siguiendo las indicaciones.</i></p> <p><b>Fisioterapia:</b> Los fisioterapeutas* tratan el dolor restableciendo, mejorando y manteniendo las capacidades físicas y funcionales. <i>Las intervenciones y recomendaciones de la terapia no serán de ayuda si el paciente no las pone en práctica siguiendo las indicaciones.</i></p>
<b>Terapias de salud conductual y mental</b>	<p><b>Los psiquiatras*, trabajadores sociales clínicos* y terapeutas de pareja y familiares*, junto con los consejeros en salud mental*</b> ofrecen terapias que identifican y tratan trastornos mentales o problemas de abuso de sustancias que pueden ser barreras en el manejo del dolor. <i>Cuando se las usa para controlar el dolor, estas terapias pueden tomar tiempo.</i></p>





## RECONOCIMIENTO DEL ESTADO DE CIUDADANÍA

La ley de Florida requiere que AdventHealth le pregunte su estado de ciudadanía.

No está obligado a presentar ningún documento o papel para verificar sus respuestas a estas preguntas.

No se retendrá la atención de urgencia para preguntar u obtener una respuesta a estas preguntas.

No es necesario que responda estas preguntas para recibir tratamiento.

Sus respuestas a estas preguntas no se comunicarán a las autoridades policiales.

Según las respuestas a estas preguntas, AdventHealth debe informar al estado de Florida cuatro veces al año la cantidad de ciudadanos estadounidenses o personas legalmente presentes en los EE. UU., el número de personas ilegalmente presentes en los EE. UU. y la cantidad de pacientes que se negaron a responder estas preguntas durante el período previo de 3 meses. **En este informe no se incluirá información específica que le identifique. La información está anonimizada.** Este informe ayudará al estado de Florida a saber cuánto dinero se paga cada año por la atención no compensada relacionada con personas que se encuentran ilegalmente en los EE. UU.

Una vez que haya leído y entendido este aviso, por favor infórmenos para que podamos hacerle preguntas sobre su estado de ciudadanía.

He leído y comprendo este formulario.