

Inscripción de pacientes

MRN _____

Información del paciente			
Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	Nombre de preferencia
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social	Médico de atención primaria	
Religión	Idioma de preferencia	Se necesita intérprete Sí ☐ No ☐	
Por favor, seleccione el teléfono principal	Teléfono celular ☐	Teléfono de casa ☐	Teléfono laboral ☐
Sexo legal registrado ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Desconocido ☐ X	Identidad de género ☐ Prefiero no responder ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Otro ☐ Mujer transgénero ☐ Hombre transgénero	Sexo asignado al nacer ☐ Prefiero no responder ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No figura en el certificado de nacimiento ☐ Incierto ☐ Desconocido	Orientación sexual ☐ Bisexual ☐ Prefiero no responder ☐ No sabe ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Queer o pansexual ☐ Otro ☐ Heterosexual
Origen étnico ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Cubano ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Mexicano, mexicano estadounidense, chicano/a ☐ No hispano ☐ Otros de origen hispano, latino o español ☐ El paciente se ha negado/no ha podido facilitar la información ☐ Puertorriqueño ☐ Vietnamita	Raza ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Más de una raza ☐ Hawaiano nativo ☐ Otro ☐ Habitante de las islas del Pacífico ☐ El paciente se ha negado/no ha podido facilitar la información ☐ Blanco	Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Pareja de hecho	Pronombres ☐ Él ☐ Ella ☐ Otro ☐ Ellos / Ellas / Él o ella (pronombre neutro) ☐ Desconocido

Cómo nos comunicamos con usted

MRN _____

Con el fin de comunicarnos con usted acerca de su información médica, le pedimos que complete este formulario indicando cuáles son las mejores formas de facilitarle su información confidencial.

Podemos ponernos en contacto con usted por correo postal, correo electrónico, mensaje de texto o teléfono.

Por favor, marque todas las casillas que le otorgan a MemorialCare permiso para utilizar en sus comunicaciones:

☐ Teléfono	Número de teléfono:
☐ Teléfono celular/Mensaje de texto	Número de teléfono:
☐ Mensaje de buzón de voz	Número de teléfono:
☐ Por correo electrónico:	
☐ Por correo electrónico (MyChart):	
☐ Correo postal, dirección:	

Indique las personas a quienes le gustaría conceder acceso a su información de facturación, citas o médica, como sus padres, su cónyuge, su cuidador u otro familiar. Solicitaremos un consentimiento adicional antes de facilitar información relacionada con los servicios psiquiátricos o los resultados de las pruebas del VIH.

Nombre y relación	Número de teléfono	Opciones	Contacto de emergencia	SOLO para pacientes pediátricos
		☐ Datos de facturación ☐ Información de la cita ☐ Información médica/sanitaria	☐ Sí ☐ No	☐ Padre/madre o tutor ☐ Mismo hogar
		☐ Datos de facturación ☐ Información de la cita ☐ Información médica/sanitaria	☐ Sí ☐ No	☐ Padre/madre o tutor ☐ Mismo hogar
		☐ Datos de facturación ☐ Información de la cita ☐ Información médica/sanitaria	☐ Sí ☐ No	☐ Padre/madre o tutor ☐ Mismo hogar
		☐ Datos de facturación ☐ Información de la cita ☐ Información médica/sanitaria	☐ Sí ☐ No	☐ Padre/madre o tutor ☐ Mismo hogar

Esta solicitud reemplaza cualquier solicitud anterior que haya presentado para la divulgación de información.

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

Nombre del paciente/parte responsable (en letra de imprenta)

Relación con el paciente

Cesión de beneficios de seguro/Certificación de elegibilidad

Plan de seguro principal			
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Plan de seguro	Grupo n.º	N.º de identificación de socio	
Dirección para reclamaciones médicas		N.º de teléfono	
Nombre del titular del seguro		Relación con el paciente	
N.º de la Seguridad Social del titular del seguro		Fecha de nacimiento del titular del seguro	
Número de teléfono del titular del seguro		Número de teléfono del empleador	
Empleador del titular del seguro		Dirección del empleador	
Solo para pacientes de Medicare			
N.º de reclamación del seguro de salud	Fecha de entrada en vigor de la Parte A	Fecha de entrada en vigor de la Parte B	
Otras coberturas de seguro para el paciente			
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Plan de seguro	Grupo n.º	N.º de identificación de socio	
Dirección para reclamaciones médicas		N.º de teléfono	
Nombre del titular del seguro		Relación con el paciente	
N.º de la Seguridad Social del titular del seguro		Fecha de nacimiento del titular del seguro	
Número de teléfono del titular del seguro		Número de teléfono del empleador	
Empleador del titular del seguro		Dirección del empleador	
Responsable financiero (SOLO para pacientes pediátricos)			
Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Por favor, seleccione el teléfono principal	Teléfono celular ☐	Teléfono de casa ☐	Teléfono laboral ☐
Relación con el paciente			

Acuerdo de responsabilidad financiera

MRN _____

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Nos comprometemos a ofrecer atención y servicio de calidad a todos nuestros pacientes. A continuación se detalla una declaración de nuestra política financiera, que solicitamos que lea y acepte antes de recibir cualquier tratamiento.

- Todos los pacientes deben presentar un comprobante de pago y un documento de identidad con foto. La presentación de una copia de su tarjeta del seguro no garantiza que su cobertura esté vigente, que los beneficios no estén disponibles ni que los servicios prestados estén cubiertos por su compañía de seguros. Es su responsabilidad facilitar información completa y precisa sobre todas las coberturas de seguro, incluidos los planes de seguro primario, secundario y terciario.
- Es su responsabilidad conocer los beneficios de su propio seguro, incluyendo si somos un proveedor contratado por su compañía de seguros, los beneficios que tienen cobertura y cualquier exclusión en su póliza de seguro, así como cualquier requisito de autorización previa de su compañía de seguros. Es su responsabilidad facilitar información actualizada y precisa sobre su seguro, incluyendo cualquier novedad o cambio en la cobertura. Si no facilita esta información, deberá asumir la responsabilidad económica correspondiente.
- Por favor, tenga en cuenta que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Los honorarios deben abonarse en el momento de la prestación de los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros preaprobados con los que tenemos un contrato como proveedores. La afiliación a un plan de seguro no garantiza la cobertura ni el pago de todos los servicios prestados.
- Intentaremos confirmar su cobertura de seguro antes del tratamiento; sin embargo, la verificación de los beneficios no supone una garantía de pago. Su compañía de seguros es quien toma la decisión definitiva en lo que respecta a la cobertura, los beneficios, los requisitos de autorización, la necesidad médica y el pago de los servicios prestados.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, le facturaremos primero a esta, descontaremos cualquier copago o franquicia, y después le facturaremos a usted el importe que se determine que corre a su cargo. Los plazos de tramitación de las reclamaciones varían en función de la compañía de seguros y de las circunstancias de cada caso.
- Si no tenemos un acuerdo con su compañía de seguros, deberá abonar el importe de todos los servicios prestados al finalizar su consulta. Le facilitaremos un recibo de pago que podrá presentar a su compañía de seguros para solicitar un posible reembolso, según las prestaciones de su póliza.
- Cualquier presupuesto facilitado antes de la prestación de los servicios se basa en la información disponible en ese momento y no constituye una garantía del importe final a pagar.
- Usted es responsable de los servicios que estén excluidos de sus beneficios, que no estén cubiertos por su plan de seguro o que le haya denegado su compañía de seguros, salvo que la ley o las obligaciones contractuales lo prohíban.
- Algunas coberturas de seguro incluyen beneficios fuera de la red que conllevan cargos por coseguro, copagos más elevados y beneficios anuales limitados. Si recibe servicios bajo un beneficio fuera de la red, su responsabilidad financiera podría ser considerablemente mayor que con un beneficio dentro de la red debido a copagos, coseguros y deducibles más altos, beneficios limitados o un reembolso reducido por parte de su compañía de seguros.
- No participamos en Programas de Costos Compartidos, ya que estos no se consideran seguros. Los Programas de costos Compartidos por los pacientes se consideran pagos por cuenta propia. El pago debe efectuarse en el momento de la prestación del servicio, y es posible que se aplique un descuento por pronto pago.

Acuerdo de responsabilidad financiera (continuación)

MRN _____

- Las lesiones o enfermedades cubiertas por el seguro de accidentes de trabajo requieren una autorización de tratamiento por parte de su empleador. En caso de que su empresa no le facilite la autorización, nos pondremos en contacto con su compañía de seguros de salud para tramitar el reembolso tal y como se indica a continuación. Su compañía de seguros de salud podría denegarle la cobertura si determina que la lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo. Si el seguro de accidentes de trabajo u otra parte responsable rechaza su responsabilidad o el pago, es posible que usted tenga que asumir el costo de los servicios que no cubra la compañía aseguradora.

Cesión de prestaciones:

Por la presente, autorizo y solicito que el pago de las prestaciones autorizadas por Medicare u otras compañías de seguros se realice en mi nombre y se abone directamente a MemorialCare Medical Foundation por cualquier servicio médico o quirúrgico que sus grupos médicos afiliados me hayan prestado a mí o a un miembro de mi familia. Autorizo a cualquier persona que tenga información médica o de otro tipo sobre mi persona a que facilite a la Administración del Seguro Social, a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a sus agentes o prestadores de servicios, o a la compañía de seguros, toda información necesaria para esta reclamación o cualquier otra relacionada con Medicare u otro seguro, con el fin de determinar determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que es obligatorio informar al proveedor de atención médica sobre cualquier otra persona que pueda ser responsable del pago de mi tratamiento.

He leído la política financiera y, con mi firma a continuación, confirmo que comprendo claramente cuál es mi responsabilidad económica. Entiendo que soy responsable económicamente de los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos aplicables, así como de cualquier importe que mi compañía de seguros considere de mi responsabilidad en virtud de mi plan de prestaciones.

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

Nombre del paciente/parte responsable (en letra de imprenta)

Relación con el paciente

Consentimiento para el tratamiento

MRN _____

Por la presente, doy/damos mi/nuestro consentimiento y autorizo/autorizamos la realización de todos los tratamientos, intervenciones quirúrgicas y servicios médicos que los médicos y el personal del grupo médico afiliado a MemorialCare Medical Foundation consideren convenientes para mí o para el menor mencionado anteriormente, del que soy padre/madre o tutor legal. Por la presente certifico que, según mi leal saber y entender, todas las declaraciones contenidas en el presente documento son ciertas. Entiendo que soy directamente responsable de todos los gastos derivados de los servicios médicos que reciba yo o mis dependientes, independientemente de la cobertura del seguro, con la única excepción de los servicios autorizados prestados en virtud de un contrato válido de la HMO prepagada. Asimismo, acepto pagar los intereses legales, los gastos de cobro y los honorarios de los abogados en los que se incurra para cobrar cualquier importe que pueda adeudar. Por la presente, autorizo al grupo médico afiliado a MemorialCare Medical Foundation a facilitar la información solicitada por la compañía de seguros o sus representantes. Entiendo perfectamente que este acuerdo y consentimiento seguirán vigentes hasta que yo los rescinda por escrito.

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

Nombre del paciente/parte responsable (en letra de imprenta)

Relación con el paciente

Acuse de recibo

MRN _____

A título meramente informativo, a continuación se incluye un enlace a la página web «Open Payments» de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley federal de transparencia en los pagos a médicos (Physician Payments Sunshine Act) exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre los pagos y otras contraprestaciones de valor superior a diez dólares (\$10) que los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos realizan a médicos y hospitales universitarios. La base de datos «Open Payments» es una herramienta federal que permite consultar los pagos realizados de parte de empresas farmacéuticas y de dispositivos médicos a médicos y hospitales universitarios. Se puede consultar en línea en openpaymentsdata.cms.gov.

Su nombre y su firma en este formulario indican que se le ha notificado sobre la existencia de la herramienta de búsqueda «Open Payments» de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Si tiene alguna pregunta relacionada con el programa «Open Payments», envíe un correo electrónico al servicio de asistencia a openpayments@cms.hhs.gov. Si necesita ayuda en vivo, llame al servicio de asistencia de Open Payments al 1-855-326-8366.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de recepción: _____ Hora de recepción: _____

ACUSE DE RECIBO

MRN _____

Aviso conjunto sobre las prácticas de privacidad

Su nombre y su firma en este formulario indican que ha recibido una copia del **«Aviso conjunto sobre las prácticas de privacidad»** de MemorialCare en la fecha y hora que se indican a continuación.

Si tiene alguna pregunta sobre la información que figura en el **«Aviso conjunto sobre las prácticas de privacidad»**, póngase en contacto con el director de cumplimiento normativo de MemorialCare al (714) 377-3218.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de recepción: _____ Hora de recepción: _____

SOLO PARA USO INTERNO

Intentamos obtener una confirmación por escrito de que el paciente había recibido nuestro **«Aviso conjunto sobre las prácticas de privacidad»**, pero no se pudo obtener dicho acuse de recibo del paciente por el siguiente motivo:

- ☐ Una persona se negó a firmar
- ☐ Situación de emergencia que impidió la firma
- ☐ El paciente ha solicitado que la persona mencionada anteriormente firme en su nombre. Otro (especifique):
- ☐ _____

Firma del representante de inscripción: _____ Fecha: _____

AVISO CONJUNTO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN.

LÉALO CON ATENCIÓN.

¿Quién deberá cumplir este aviso?

MemorialCare («MemorialCare» o «nosotros»), a través de sus hospitales y centros afiliados («centros de MemorialCare») y de los empleados y el personal de cada uno de estos establecimientos, presta atención médica a los pacientes, en colaboración con otros profesionales sanitarios y otras organizaciones. El presente aviso aplica a las siguientes personas y entidades, que han acordado registrarse por las disposiciones de este aviso:

- Cada establecimiento de MemorialCare, así como todos los empleados, el personal y demás trabajadores de MemorialCare que puedan necesitar acceder a su información para desempeñar sus funciones laborales.
- Los miembros del personal médico de cada centro de MemorialCare, así como otros profesionales sanitarios que prestan servicios de atención médica en un establecimiento de MemorialCare.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios al que permitamos que le ayude mientras recibe asistencia.

El presente aviso aplica a todos los registros relacionados con la atención médica que se le haya prestado en un establecimiento de MemorialCare y que haya sido elaborado por dicho establecimiento, tanto si lo ha realizado el personal de MemorialCare como si lo ha hecho su proveedor de atención médica personal. Es posible que su proveedor de atención médica tenga políticas o avisos distintos en relación con el uso y la divulgación de la información médica generada o que se conserve en la consulta o clínica de dicho centro. Debe revisar el aviso de su proveedor de atención médica para obtener información sobre cómo manejará su información médica fuera de los centros de Servicios de Medicare de MemorialCare.

Nuestro compromiso en materia de información sanitaria

Entendemos que la información sanitaria suya y su salud es de carácter personal. Es importante proteger la información sanitaria que le concierne. Elaboramos un registro de la atención y los servicios que recibe mientras está a nuestro cargo. Necesitamos este registro para poder ofrecer una atención de calidad y cumplir con determinados requisitos normativos. En este aviso se le informa sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar su información sanitaria. En este aviso también se describen sus derechos, así como ciertas obligaciones que tenemos en relación con el uso y la divulgación de su información sanitaria. La ley nos obliga a:

- Mantener la confidencialidad de la información médica que lo identifique;
- Facilitar este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad en relación con su información sanitaria; y
- Cumplir con lo establecido en el Aviso que está actualmente en vigor.

Cómo podemos utilizar y divulgar su información sanitaria

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizamos y divulgamos la información sanitaria. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a qué nos referimos e intentaremos dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o las divulgaciones de cada categoría. No obstante, todas las formas en que se nos permite utilizar y divulgar información se encuadrarán en una de estas categorías.

Tratamiento. Podemos utilizar su información sanitaria para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a los proveedores de servicios de salud que participan en su atención. Por ejemplo, un médico que le esté tratando por una fractura en la pierna podría necesitar saber si tiene diabetes, ya que esta enfermedad puede retrasar el proceso de sanación. Además, es posible que el médico tenga que informar al dietista que usted tiene diabetes para que podamos preparar las comidas adecuadas. Los distintos profesionales de atención médica que trabajan en un centro de MemorialCare también pueden compartir información sanitaria suya con el fin de coordinar los distintos servicios que necesite, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. Asimismo, podemos facilitar información sanitaria suya fuera del establecimiento de MemorialCare en el que recibió tratamiento a personas que puedan intervenir en su atención médica una vez que abandone dicho centro.

Pago. Podemos usar y divulgar su información sanitaria con el fin de facturar el tratamiento y los servicios que reciba y cobrar el importe correspondiente a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que tengamos que facilitar a su seguro médico información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido en un establecimiento de MemorialCare, para que su seguro médico nos pague o le reembolse a usted el costo de la intervención. También podríamos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener una autorización previa o para determinar si su seguro cubrirá dicho tratamiento.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar información médica suya para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para gestionar cada uno de los establecimientos de MemorialCare. Por ejemplo, podemos usar la información médica para revisar nuestros tratamientos y servicios, así como para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le prestamos. También podemos facilitar información a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal con fines de revisión y formación. También podemos combinar la información sanitaria de la que disponemos con la de otros centros para comparar nuestro rendimiento y detectar en qué aspectos podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar de este conjunto de información sanitaria los datos que lo identifiquen para que otras personas puedan utilizarla con fines de investigación sobre la asistencia médica y la prestación de servicios de salud sin conocer la identidad de los pacientes. Podemos facilitar su información sanitaria a otro profesional al que haya acudido, con el fin de que pueda mejorar la calidad o los costos de la atención que reciba.

Intercambio de información médica (HIE). MemorialCare puede compartir su información médica personal con una red de intercambio de información de salud (Health Information Exchange, “HIE”) local, regional y/o nacional, incluyendo, entre otras, la Red Nacional de Información de Salud (National Health Information Network, “NHIN”). Un HIE es una iniciativa patrocinada por el gobierno estatal y/o federal que ofrece un mecanismo para que los proveedores de servicios de salud de nuestra comunidad compartan información de manera electrónica, todo ello con el objetivo común de mejorar la calidad de la atención que reciben nuestros pacientes, al tiempo que se protege la privacidad y la seguridad de su información médica. Por ejemplo, si recibió asistencia en el servicio de emergencias de un hospital de MemorialCare durante el fin de semana y acudió a la consulta de su médico habitual la semana siguiente, este podría acceder a su registro del servicio de emergencias y revisarlo durante la consulta. Este tipo de acceso permite que su médico disponga de la información más actualizada sobre su atención y su tratamiento.

MemorialCare solo transmitirá su información médica a un Intercambio de información médica con fines de tratamiento, pago u operaciones sanitarias, o cuando así lo exija la ley. La información sanitaria personal que, según la legislación vigente, requiere una autorización firmada adicional para su divulgación NO se transmitirá a un HIE sin su consentimiento, salvo que así lo exija la ley o algún requisito normativo.

Registro de vacunas de California. MemorialCare puede compartir los registros de vacunación o de pruebas de detección de tuberculosis (TB) con el Registro de Vacunas de California (CAIR), una base de datos estatal, segura y confidencial, que recoge información sobre la vacunación de los pacientes. El CAIR es utilizado por profesionales de la salud, instituciones y escuelas para llevar un registro de todas las vacunas y pruebas de tuberculosis que te realizas, y puede servir como comprobante de las

vacunas necesarias para ingresar a una guardería, a la escuela o a un nuevo empleo. Si no desea que sus registros de vacunas o de tuberculosis se compartan con otros usuarios del registro, envíe por fax o correo electrónico el «Formulario de solicitud para rechazar o iniciar el intercambio de información sobre vacunas», disponible en la página web del CAIR en <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CAIR/Pages/CAIR-records-forms.aspx> al servicio de asistencia de CAIR, si llama al 1-888-436-8320 o escribe a CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

Recordatorios de citas médicas. Podemos utilizar y facilitar información médica para ponernos en contacto con usted con el fin de recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o asistencia médica en un establecimiento de MemorialCare.

Alternativas terapéuticas. Podemos utilizar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que pueden ser de su interés.

Prestaciones y servicios relacionados con la salud. Podemos utilizar y divulgar información médica para informarle sobre prestaciones o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

Directorio de establecimientos. Es posible que incluyamos cierta información limitada suya en el directorio de pacientes de un hospital de MemorialCare mientras usted sea paciente de dicho hospital. Esta información puede incluir su nombre, su ubicación en el hospital y su estado general (por ejemplo, regular, bueno, etc.). A menos que usted nos envíe una solicitud específica por escrito en la que indique lo contrario, esta información del directorio también podrá facilitarse a las personas que pregunten por usted por su nombre. Esta información se facilita para que sus familiares y amigos puedan visitarle en el hospital y, en general, sepan cómo se encuentra. Si desea «darse de baja» del directorio del centro, póngase en contacto con el departamento de admisiones del hospital de MemorialCare en el que está recibiendo tratamiento y solicite que su información no se incluya en el directorio de dicho establecimiento.

Personas que participan en su atención sanitaria o en el pago de la misma; medidas de ayuda en caso de catástrofes. Podemos facilitar información médica suya a un amigo o familiar que participe en su atención médica. También podemos facilitar información a la persona que colabora en el pago de su asistencia sanitaria. A menos que nos envíe una solicitud específica por escrito en la que indique lo contrario, también podremos informar a su familia o amigos sobre su estado de salud. Además, es posible que facilitemos información médica suya a una entidad que colabore en las labores de socorro en caso de catástrofe, con el fin de que se pueda informar a su familia sobre su estado de salud, su situación y su paradero.

Investigaciones. En determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica suya con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar el estado de salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los de aquellos que recibieron otro para tratar la misma enfermedad. No obstante, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y el uso que se hace de la información médica, con el fin de encontrar un equilibrio entre las necesidades de la investigación y el derecho de los pacientes a la privacidad de su información médica. Antes de utilizar o divulgar información médica con fines de investigación, el proyecto deberá estar aprobado mediante este proceso de autorización de investigación; no obstante, podremos divulgar información médica suya a personas que se estén preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que consulten no salga de nuestras instalaciones. Casi siempre le pediremos su autorización si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad, o si va a participar en su atención en el establecimiento de MemorialCare.

Socios comerciales. Hay algunos servicios que se prestan a nuestra organización mediante contratos con una entidad externa, también conocida como «socio comercial». Algunos ejemplos son los servicios de facturación, que se encargan de presentar su solicitud de reembolso a la compañía de seguros; los servicios de transcripción, que transcriben los informes dictados por los profesionales sanitarios que lo atienden en el hospital; y los servicios de copiado, que se encargan de hacer

copias del expediente médico. Cuando estos servicios los presta un socio comercial, podemos divulgar su información a nuestros socios comerciales para que puedan llevar a cabo la tarea que les hemos encomendado.

Según lo establecido por la ley. Divulgaremos su información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Prevención de una amenaza grave para la salud o la seguridad. Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. No obstante, cualquier divulgación se haría únicamente a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Comercialización y ventas. Es necesario que usted autorice la mayoría de las divulgaciones y usos de información médica con propósitos comerciales, así como las divulgaciones que supongan una venta de información médica.

Actividades de recaudación de fondos. Con el objetivo de recaudar fondos para una institución de MemorialCare, es posible que usemos algunos datos suyos (como la información demográfica y las fechas en las que recibió un servicio) para comunicarnos con usted más adelante. También podemos facilitar esa misma información a las fundaciones filantrópicas afiliadas a MemorialCare con el mismo fin. El dinero recaudado se destinará a ampliar y mejorar los servicios y programas que ofrecemos a la comunidad. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted para nuestras campañas de recaudación de fondos, debe comunicárselo al director de la fundación o a un responsable del establecimiento de MemorialCare en el que recibió tratamiento. La notificación podrá realizarse por escrito, incluido por correo electrónico, por teléfono o en persona.

Situaciones especiales

Donación de órganos y tejidos. Podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y veteranos. Si forma parte de las Fuerzas Armadas, podremos facilitar información médica suya según lo exijan las autoridades del mando militar. También podemos facilitar información médica sobre personal militar extranjero a las fuerzas armadas extranjeras que correspondan.

Indemnización por accidente laboral. Podemos divulgar información médica suya en el marco de la indemnización por accidente laboral o programas similares. Estos programas ofrecen prestaciones en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de supervisión sanitaria. Podemos divulgar información médica a un organismo de supervisión sanitaria para las actividades que autoriza la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y la concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de la legislación en materia de derechos civiles.

Demandas y litigios. Si usted resulta involucrado en un proceso judicial o en un litigio, podremos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica suya en respuesta a una citación a testigos, una solicitud de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en el litigio, pero únicamente si se han realizado esfuerzos para informarle de dicha solicitud (lo que puede incluir un aviso por escrito dirigido a usted) o para obtener una orden judicial que proteja la información solicitada.

Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información médica suya en el marco de actividades relacionadas con la salud pública. Estas actividades suelen incluir lo siguiente:

- informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- informar a los ciudadanos de las retiradas del mercado de productos que puedan estar utilizando;
- informar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental competente si creemos que un paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica. Solo revelaremos esta información si presta su consentimiento o cuando así lo exija o autorice la ley;
- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- inscribir los nacimientos y las defunciones;
- denunciar casos de maltrato o negligencia hacia menores, personas mayores y adultos dependientes;
- informar al personal de respuesta ante emergencias sobre una posible exposición al VIH/SIDA, en la medida necesaria para cumplir con la legislación estatal y federal.

Fuerzas del orden. Si la legislación aplicable lo permite, podremos facilitar información médica si así nos lo solicita un agente de las fuerzas del orden:

en respuesta a una orden judicial, una citación, una orden de búsqueda y captura, una notificación o cualquier otro acto procesal similar;

- para identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo clave o una persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias, no podemos obtener su consentimiento;
- sobre una muerte que creemos que puede ser consecuencia de una conducta delictiva;
- sobre conductas delictivas en el hospital; y
- en situaciones de emergencia, para denunciar un delito, indicar el lugar donde se ha cometido o la ubicación de las víctimas; o facilitar la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que lo ha cometido.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información médica a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes a las empresas funerarias cuando sea necesario para el desempeño de sus funciones.

Servicios de protección del presidente, seguridad nacional y actividades de inteligencia. Podemos divulgar información médica suya a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estados extranjeros, o para que lleven a cabo investigaciones especiales, así como para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Reclusos. Si está en un centro penitenciario o se encuentra bajo la custodia de un agente de las fuerzas del orden, podremos divulgar su información médica al centro penitenciario o al agente de las fuerzas del orden, siempre que dicha divulgación sea necesaria (1) para que el centro le preste asistencia sanitaria; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para garantizar la seguridad del centro penitenciario.

Equipos multidisciplinarios de profesionales. Podemos divulgar información médica a un equipo multidisciplinario encargado de la prevención, identificación, gestión o tratamiento de casos de maltrato infantil y de los padres del menor, o de maltrato y negligencia hacia personas mayores.

Nota sobre otras restricciones. Tenga en cuenta que determinadas leyes federales o estatales pueden establecer requisitos más estrictos sobre cómo utilizamos y divulgamos su información sanitaria. Si existen requisitos más estrictos, incluso para los fines mencionados anteriormente, no divulgaremos su información sanitaria sin su autorización por escrito, salvo en los casos en que dichas leyes lo permitan o lo exijan. Por ejemplo, no divulgaremos los resultados de su prueba de VIH sin obtener su autorización por escrito, salvo en los casos que la legislación estatal lo permita. Es posible que la ley nos obligue a

obtener su autorización por escrito para usar y divulgar información relacionada con el tratamiento de determinadas afecciones, como las enfermedades mentales o el abuso de alcohol o drogas.

Sus derechos con respecto a su información médica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto la información médica que tenemos sobre usted:

Derecho a consultar y copiar. Tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información que tenemos sobre usted y que pueda utilizarse para tomar decisiones relacionadas con usted y su atención médica, incluyendo sus expedientes médicos y de facturación. Podemos denegar su solicitud de consulta y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Para consultar y obtener una copia de la información que pueda utilizarse para tomar decisiones que le afecten, debe presentar su solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos del establecimiento de MemorialCare en el que recibió los servicios sanitarios. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa para cubrir los costos de copia, envíe por correo u otros materiales relacionados con su solicitud.

Derecho a enmendar. Si considera que la información que tenemos suya es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una rectificación mientras la información se conserve en el establecimiento de MemorialCare en el que recibió tratamiento o se conserve para dicho centro. Para solicitar una rectificación, deberá presentar su solicitud por escrito al departamento de registros médicos del establecimiento de MemorialCare en el que recibió tratamiento. Además, debe indicar un motivo que justifique su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que la justifique. Además, podremos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no haya sido creada por nosotros, salvo que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- no forme parte de la información médica que conserva el establecimiento de MemorialCare en el que recibió tratamiento, o que se conserva para dicho centro;
- no forme parte de la información que se le permitiría consultar y copiar; o
- sea exacta y completa.

También puede tener derecho a solicitarnos que agreguemos una nota complementaria a su expediente, que puede tener una extensión máxima de 250 palabras por cada dato que considere incorrecto o incompleto. Envíe su solicitud al departamento de registros médicos del establecimiento de MemorialCare en el que recibió tratamiento.

Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un «informe de divulgaciones». Esto hace referencia a una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica, salvo aquellas realizadas con fines específicos, como el tratamiento, el pago y las operaciones de atención sanitaria, tal y como se describen anteriormente, o cualquier divulgación que usted haya autorizado expresamente. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos del establecimiento de MemorialCare en el que recibió tratamiento. En su solicitud deberá indicar un periodo de tiempo, que no podrá ser superior a seis (6) años o a tres (3) años, dependiendo de la fecha en que el establecimiento de MemorialCare haya implementado la historia clínica electrónica (EHR). La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. En el caso de listas adicionales, es posible que cobremos los gastos derivados de su elaboración. Le informaremos del costo que implica y podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se incurra en ningún gasto.

Además, lo notificaremos, tal y como exige la ley, en caso de que se produzca una filtración de su información médica protegida no cifrada.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que se restrinja o limite su información médica que utilizamos o divulgamos con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite su información médica que facilitamos a cualquier persona que participe en su atención sanitaria o en el pago de la misma, como un familiar o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, salvo en la medida en que nos pida que limitemos la divulgación a un plan de salud o a una compañía de seguros con fines de pago o de atención médica, si usted, u otra persona en su nombre (que no sea el plan de salud ni la compañía de seguros), ha pagado íntegramente de su propio bolsillo dicho producto o servicio. Aunque solicite esta restricción especial, podemos facilitar la información a un plan de salud o a una compañía de seguros con el fin de prestar asistencia médica. Si aceptamos otra restricción especial, cumpliremos con su solicitud, salvo que la información sea necesaria para prestarle asistencia médica de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe presentar su solicitud por escrito al departamento de registros médicos del establecimiento de MemorialCare en el que recibió tratamiento. En su solicitud, debe indicarnos: (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, nuestra divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen las restricciones.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una forma determinada o en un lugar concreto. Por ejemplo, puede pedirnos que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito al departamento de registros médicos del establecimiento de MemorialCare en el que reciba tratamiento. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. En su solicitud debe indicar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.

Derecho a autorizar o denegar otros usos y divulgaciones de la información médica. Cualquier otro uso o divulgación de la información médica que no esté contemplado en este Aviso ni en la legislación que corresponda solo se llevará a cabo con su autorización por escrito. Si nos concede su autorización para utilizar o divulgar información médica suya, podrá revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su información médica por los motivos contemplados en su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna información que ya hayamos facilitado con su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la asistencia que hemos prestado.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica, sigue teniendo derecho a recibir una copia del mismo en papel. Puede obtener una copia de este aviso en nuestra página web (www.memorialcare.org). También hay una copia impresa de este aviso disponible en los departamentos de admisión o en los mostradores de registro de todos los centros de MemorialCare.

Modificaciones de este aviso

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado entre en vigor tanto para la información médica que ya tenemos suya como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en cada establecimiento de MemorialCare, así como en nuestra página web (www.memorialcare.org). El aviso incluirá, en la primera página, en la esquina inferior izquierda, la fecha de entrada en vigor.

Reclamos

Si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante nosotros y ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Si desea información sobre cómo presentar un reclamo, póngase en contacto con el responsable de cumplimiento normativo y protección de datos de MemorialCare al (714) 377-3218 para obtener información sobre cómo presentar su reclamo. Todos los reclamos deben presentarse por escrito. No tomaremos ninguna medida en su contra y no se le impondrá ninguna sanción por presentar un reclamo.

Centros de MemorialCare a los que hace referencia este aviso

La lista de centros de MemorialCare (MC) a los que hace referencia este aviso puede consultarse en www.memorialcare.org o la puede solicitar al responsable de cumplimiento normativo de MC en la dirección o el número de teléfono que figuran a continuación.

Datos de contacto del responsable de cumplimiento normativo y protección de datos de MC:

Director de Cumplimiento Normativo/Responsable de Protección de Datos

MemorialCare

17360 Brookhurst Avenue

Fountain Valley, CA 92708

(714) 377-3218 Teléfono

(714) 377-3225 Fax