

Stony Brook University Hospital

**Consentimientos Generales,
Acuerdos, Agradecimientos y
Guía de Servicios de Observación**



Stony Brook Medicine

Tabla de Contenido

I. Hablamos Su Idioma	1
II. Lo que Usted Necesita Saber	3
III. Consentimientos Generales, Acuerdos y Agradecimientos	
Consentimiento General y Acuerdos para Hospitalización, Observación, Departamento de Emergencias, Cirugía Ambulatoria y Estudios Prequirúrgicos	7
Consentimiento General y Acuerdos Para Servicios Hospitalarios Ambulatorios	12
Acuerdos para Prácticas Médicas	16
Un Mensaje Importante de Medicare	19
Días de Reserva de por Vida de Medicare Formulario de Elección de Días	21
Formulario de Asignación de Beneficios de la Ley de Seguros Sin Adjudicación de Culpa para Vehículos Motorizados de Nueva York.	22
Consentimiento del Paciente para la Divulgación de Registros Médicos para Apelación Externa del Estado de Nueva York.	23
Psychiatric Services and Clinical Enhancement System (PSYCKES) Formulario de Consentimiento	24
Psychiatric Services and Clinical Enhancement System (PSYCKES) Formulario de Retiro del Consentimiento	26
IIIa. Servicios de Observación	
Comprensión de Sus Derechos y Estado como Paciente Internado u Paciente de Observación	27
Notificación de Observación Ambulatoria de Medicare (MOON)	33
IV. Organización Healthix de intercambio de información de salud	
¿Qué es Healthix?	35
Autorización de Acceso a Información del Paciente a Través de una Organización de Intercambio de Información de Salud.	37
V. Pago de su Atención en el Hospital de la Universidad de Stony Brook	39
VI. ¿Cambió Algo?	40
VII. Números Telefónicos Útiles	41

I. Hablamos Su Idioma

Stony Brook University Hospital cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Stony Brook University Hospital no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Stony Brook University Hospital:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Roseanna Ryan, Director of Patient Advocacy & Language Assistance Services at 1-631-444-2880.

Si considera que Stony Brook University Hospital no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Roseanna Ryan

Director of Patient Advocacy & Language Assistance Services

101 Nicolls Road

Hospital, Level 5, Room 540

Stony Brook, NY 11794-7522

Phone **1-631-444-2880**

Fax **1-631-444-6637**

roseanna.ryan@stonybrookmedicine.edu

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Roseanna Ryan, Director of Patient Advocacy & Language Assistance Services está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

La Universidad de Stony Brook (State University of New York, SUNY) proveen educación y empleo mediante políticas de acción afirmativa e igualdad de oportunidades.

ATTENTION: If you speak American Sign Language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-631-444-2880.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-631-444-2880.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-631-444-2880.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-631-444-2880.

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৬৩১-৪৪৪-২৮৮০।

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-631-444-2880。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-631-444-2880.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-631-444-2880.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-631-444-2880.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-631-444-2880.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-631-444-2880.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-631-444-2880.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-631-444-2880.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-631-444-2880.

1-631-444-2880 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں

אויפֿמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר איך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. 1-631-444-2880 רופט

II. Lo que Usted Necesita Saber

Este folleto, *Copia para los pacientes de los formularios de consentimiento, acuerdo y de aceptación de tipo general del hospital Stony Brook University*, y guía de los servicios de observación, le será de ayuda a usted y a su representante para entender cabalmente lo que necesita saber acerca de los consentimientos (aprobaciones) de tipo general que usted dé; incluye los textos contenidos en los formularios de consentimiento que usted firma, ya sean electrónicos o impresos. Se le hace entrega de este folleto al momento de firmar los correspondientes formularios de consentimiento, acuerdo y de aceptación relacionados con la atención y el tratamiento médico de tipo general que se le dará a usted en el hospital de Stony Brook Medicine o en la sede de un proveedor.

Estos consentimientos y acuerdos de tipo general no abarcan los de cirugías y procedimientos específicos, que se firman por separado, y que le serán entregados por médicos y por otros profesionales certificados. En las sedes de Stony Brook Medicine y en el hospital Stony Brook University, se pide a cada paciente que sea hospitalizado que firme un formulario de consentimiento y acuerdo de tipo general, y uno por cada observación, atención por parte del departamento de emergencias y por cada cirugía ambulatoria, y por las correspondientes ocasiones de suministro de servicios médicos.

En el caso de servicios hospitalarios ambulatorios, se debe firmar para cada persona un formulario de consentimiento y acuerdo de tipo general, que será válido durante un año completo (365 días) para las consultas de este tipo.

Si tiene alguna pregunta, tenga presente que puede hacerlas a su proveedor de atención médica de Stony Brook, y que también puede hacer uso de los números telefónicos de interés.

Consentimientos y acuerdos de tipo general para los pacientes que sean hospitalizados, y para los que reciban servicios del departamento de emergencias, cirugía ambulatoria o pruebas previas a cirugías

Este formulario de consentimiento y acuerdo de tipo general es válido específicamente para el correspondiente departamento de emergencias y para las consultas médicas de observación, las estadías de hospitalización, estadías de cirugía ambulatoria y para las pruebas previas a cirugías relacionadas con el servicio prestado. Por ejemplo, si dio su consentimiento al ingresar a través del departamento de emergencias y posteriormente es admitido como paciente hospitalizado, su consentimiento abarca también este servicio. Otro ejemplo sería la firma de un formulario de consentimiento al momento de realizar pruebas previas a una cirugía dada; el consentimiento abarca la consulta médica correspondiente a las pruebas previas y también la cirugía misma (siempre que las pruebas y la cirugía no estén separadas en el tiempo más de 30 días). El formulario de consentimiento de tipo general tiene ocho secciones, incluyendo:

- 1) Consentimiento de tipo general para tratamientos
- 2) Servicios de Telehealth
- 3) Disposición de tejidos y de muestras
- 4) Responsabilidad por los cuidados al paciente
- 5) Derecho de designar un proveedor de cuidados (derecho de elegir a alguien que lo atienda al regresar a casa)
- 6) Fotografías y grabaciones de video y de voz
- 7) Reconocimiento de que usted recibió las guías informativas en conformidad con el Departamento de Salud (DOH) del Estado de Nueva York
- 8) Artículos personales

Si tiene alguna pregunta adicional acerca de sus consentimientos, puede hacerlas al momento de ingresar o puede hacerlas más tarde; también puede consultar la sección "Números telefónicos de interés" al final de este folleto.

Consentimientos y acuerdos de tipo general para servicios hospitalarios ambulatorios

Este formulario de consentimiento y acuerdo de tipo general es válido específicamente para servicios hospitalarios ambulatorios que incluyan consultas médicas realizadas como paciente ambulatorio. Este consentimiento o acuerdo será válido para todos los servicios hospitalarios que reciba durante un año completo (365 días). El formulario de consentimiento de servicios hospitalarios ambulatorios tiene seis secciones, incluyendo:

- 1) Consentimiento de tipo general para tratamientos
- 2) Servicios de Telehealth
- 3) Disposición de tejidos y de muestras
- 4) Responsabilidad por los cuidados al paciente
- 5) Fotografías y grabaciones de video y de voz
- 6) Reconocimiento de que usted recibió las guías informativas en conformidad con el Departamento de Salud (DOH) del Estado de Nueva York

Si tiene alguna pregunta adicional acerca de sus consentimientos, puede hacerlas al momento de ingresar o puede hacerlas más tarde; también puede consultar la sección "Números telefónicos de interés" al final de este folleto.

Acuerdos de proveedores de atención médica [PARA PACIENTES QUE RECIBAN CONSULTAS MÉDICAS DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA AMBLATORIA]

Al igual que los consentimientos y acuerdos de tipo general, estos acuerdos son válidos específicamente para sus consultas médicas de proveedores de atención médica ambulatoria.

Secciones adicionales – Consentimientos y acuerdos de tipo general

Aceptación de privacidad [PARA TODOS LOS PACIENTES]

Al firmar el formulario de aceptación de prácticas de privacidad, usted reconoce que le hemos explicado que su información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que cumpliremos todas las regulaciones relacionadas con la privacidad en la atención médica en conformidad con las regulaciones de la ley HIPAA.

Liberación de información, Autorización de liberación de información médica a mi proveedor de cuidados, liberación de información a los profesionales de atención médica primaria y asignación uniforme [PARA TODOS LOS PACIENTES]

Esta asignación de beneficios nos autoriza a presentar facturas ante su compañía aseguradora. Su firma en el formulario de liberación de información y en el de asignación uniforme permite a nuestra organización presentar facturas ante su compañía aseguradora con el consentimiento de usted. Del mismo modo, nos permite suministrar información a su proveedor de cuidados, si eligió uno.

Acuerdo económico/garantía de pago [PARA TODOS LOS PACIENTES]

Al firmar el formulario de acuerdo económico, usted acepta que es responsable total y parcialmente por el monto total de la factura. Lo anterior incluye toda factura del hospital y toda factura separada correspondiente a servicios de médicos. Consulte en este folleto la información acerca de la atención médica fuera de la red; dicha información explica que algunos médicos podrían no pertenecer a la red de su plan de salud. También indica un número telefónico y una dirección en Internet para obtener más información.

Asignación de beneficios de Medicare [SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICARE]

Al firmar el formulario de asignación de beneficios de Medicare, usted autoriza al hospital a presentar en su nombre reclamaciones de pagos ante Medicare.

Otros consentimientos y notificaciones

Un importante mensaje de Medicare acerca de los derechos de usted *[SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICARE HOSPITALIZADOS]*

Si usted es un paciente de Medicare, usted reconoce que recibió un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos.

Formulario de elección de días de reserva de por vida de Medicare *[SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICARE HOSPITALIZADOS]*

Asegúrese de leer y entender cabalmente lo relativo a los días de reserva de por vida. Si usted necesita utilizar sus días de reserva de por vida o tiene alguna pregunta acerca de ellos, podemos hacer que un asesor económico lo visite. Si tiene alguna pregunta o desea asistencia, háganoslo saber o llame al (631) 444-7332.

Notificación MOON de observaciones de pacientes ambulatorios de Medicare

Este folleto suministra información útil para obtener una comprensión cabal de sus derechos como paciente en observación, y también informa acerca de los consentimientos correspondientes.

Formulario de asignación de beneficios de la ley de cobertura de seguro sin culpa de vehículos automotores, de Nueva York (si corresponde) *[SÓLO PARA PACIENTES INVOLUCRADOS EN ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y PEATONALES, *EXCLUYENDO LOS ACCIDENTES RELACIONADOS CON MOTOCICLETAS]*

**Si el paciente cuenta con cobertura MedPay, este formulario será válido para los accidentes relacionados con motocicletas.*

Este formulario es importante para usted si se vio involucrado en un accidente automovilístico y existe cobertura del tipo "sin culpa". Permite al hospital Stony Brook presentar facturas y recibir reembolsos en nombre de usted.

Consentimiento del paciente para la liberación de sus registros para apelaciones externas ante el Estado de Nueva York *[SÓLO PARA SERVICIOS HOSPITALARIOS]*

Este consentimiento permite al paciente o la persona designada por él ejercer su derecho de apelación externa en caso de que un plan de salud realice una determinación negativa.

Información de consentimiento/retiro de PSYCKES *[SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICAID]*

Este formulario permite a su equipo tratante acceder a la información acerca de usted que se encuentre en bases de datos de Medicaid. Las bases de datos de Medicaid que contienen su información médica y de salud conductual ayudarán a su equipo tratante a suministrarle la mejor atención médica posible.

Healthix [PARA TODOS LOS PACIENTES]

Este folleto suministra información acerca de los formularios de consentimiento del portal NYCIG, que es un intercambio de información de salud (HIE) que le da a usted la oportunidad de otorgar y de negar consentimientos.

Pago por su atención médica en el hospital Stony Brook University, y servicios participantes y servicios fuera de la red (OON) [PARA TODOS LOS PACIENTES]

Consulte la sección correspondiente del folleto como ayuda para identificar a los proveedores no participantes, y para entender cabalmente la cobertura fuera de la red.

¿Cambió algo? [PARA TODOS LOS PACIENTES]

Para su seguridad y a fin de evitar dificultades en la facturación, es importante que contemos con la información más actualizada. Consulte la sección "¿Cambió algo?", de modo que contemos con la información más reciente en lo relativo a medicamentos, médico de atención primaria, información de contacto y facturación.

III. Consentimientos Generales, Acuerdos y Agradecimientos



Consentimiento General y Acuerdos para Hospitalización, Observación, Departamento de Emergencias, Cirugía Ambulatoria y Estudios Prequirúrgicos

(General Consent and Agreements for Inpatient, Observation, ED, Ambulatory Surgery and Pre-Surgical Testing)

Con la firma de este documento (By signing this document):

Consentimiento General y Acuerdos para Hospitalización, Departamento de Emergencias, Observación, Cirugía Ambulatoria y Estudios Prequirúrgicos

- 1. Consentimiento General para Tratamiento (General Consent for Treatment):** Doy mi consentimiento para que el Hospital de la Universidad de Stony Brook (incluidas todas las instalaciones del Hospital de la Universidad de Stony Brook) realice procedimientos diagnósticos y terapéuticos de rutina, que incluye radiografías, análisis de sangre, administración de fluidos intravenosos y medicamentos. Entiendo que este acuerdo y consentimiento general es para esta reunión, hospitalización, procedimiento quirúrgico, cirugía ambulatoria y las correspondientes visitas de pruebas preoperatorias o visitas al departamento de emergencia y/o estadias de observación. Entiendo además que será necesario que se firme otro formulario de Acuerdo y Consentimiento General para otros contactos hospitalarios, procedimientos quirúrgicos o procedimientos de cirugía ambulatoria y las correspondientes visitas de pruebas preoperatorias o visitas al departamento de emergencia o estadias de observación.
- 2. Servicios de Telehealth (Telehealth Services):** Entiendo que puedo optar por recibir servicios de Telehealth. Telehealth incluye tanto telemedicina como supervisión remota de pacientes. La telemedicina constituye el uso de comunicación interactiva bidireccional de audio y video en tiempo real entre el paciente y el doctor u otros proveedores médicos autorizados para hacer evaluaciones, diagnósticos y tratamientos, entre otros. Las imágenes y conversaciones de las videoconferencias de Telehealth pueden ser grabadas y podrían formar parte del registro médico electrónico. Mi doctor documentará las notas de Telehealth en mi expediente médico como si se tratara de una sesión en persona. Puedo suspender o revocar mi consentimiento de los servicios de Telehealth en cualquier momento y esto no afectará mi atención en el futuro.
- 3. Desecho de Tejidos y Muestras (Disposal of Tissues and Specimens):** Entiendo que todos los tejidos y las muestras que me tomen durante mi atención y tratamiento son propiedad del Hospital de la Universidad de Stony Brook. También autorizo al Hospital de la Universidad de Stony Brook a desechar estos tejidos y muestras cuando lo consideren apropiado.
- 4. Responsabilidad por la Atención del Paciente (Responsibility for Patient Care):** Entiendo que mi médico tratante es responsable de mi atención y que puede asignar a otros médicos, practicantes y miembros del personal de este hospital cuando se considere apropiado para que me brinden atención. También entiendo que el Hospital de la Universidad de Stony Brook University es una institución educativa, y es posible que estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social y de otras ramas observen o asistan en mi atención, bajo las indicaciones de mi médico u otros miembros del personal de este hospital.
- 5. Derecho a Designar a un Cuidador (Right to Designate a Caregiver):** Durante su valoración de enfermería se le preguntará si desea nombrar a un "Cuidador" que le ayude en las tareas del hogar después de que haya salido del hospital. Esta persona puede ser un miembro de la familia, un amigo, un vecino o cualquier persona que sea importante en su vida. Su Cuidador no tiene que ser su agente de cuidados de la salud ni un pariente cercano. Su Cuidador será incluido en toda capacitación necesaria relacionada con su plan de alta y otras instrucciones o demostraciones de parte del personal del hospital correspondientes a las cosas que puede necesitar una vez que haya salido del hospital. Esto incluye medicamentos, cambio de vendajes y citas de seguimiento. Si está de acuerdo, compartiremos su información médica con el Cuidador con el fin de que él/ella pueda ayudarle más.

AD2N549 (2/20)

- 6. Fotografías/Videos/Grabaciones de Audio (Photographs/Video/Voice Recordings):** Entiendo que mi permiso autoriza la posible toma de fotografías o la realización de videos o grabaciones de audio que podrían utilizarse con fines médicos o científicos tales como documentación o planificación de mi tratamiento, así como para enseñanza o publicaciones en revistas científicas. Antes de la publicación o la divulgación de las fotografías, videos o grabaciones de audio, aparte de como un componente de una videoconferencia de Telehealth, obtendremos su autorización por escrito, a menos que las imágenes o grabaciones de audio no lo identifiquen o se hayan modificado de tal manera que no sea posible identificarlo. Entiendo que los videos, fotografías o grabaciones de audio que se realicen para documentar mi atención médica son parte de mi historial médico y que aquellos que se hayan tomado con otros propósitos no lo son.
- 7. Guías de Información (Information Guides):** Declaro que, de acuerdo con lo dispuesto en las Pautas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, he recibido:
- Como paciente hospitalizado:
- Folleto del Departamento de Salud titulado:
Sus Derechos como Paciente Hospitalario en el Estado de Nueva York
 - Folleto titulado: *Lo que Debe Saber como Paciente*
 - Guía informativa para el paciente: *Guía de servicios para pacientes y visitantes*
- Como paciente ambulatorio:
- Folleto titulado: *Lo que Debe Saber como Paciente*
- 8. Objetos de Valor Personal (Personal Valuables):** Entiendo que el Hospital de la Universidad de Stony Brook no se responsabiliza por los objetos personales que traiga al hospital. Entiendo que no debo traer objetos de valor (joyas, pieles, prendas costosas u otros elementos) al hospital y que debo enviar estos objetos de valor a casa con un familiar o amigo. No obstante, si no puedo hacerlo, entiendo que puedo pedir al personal que retiren mis objetos pequeños de valor y que los lleven a la oficina de tesorería para guardarlos en una caja de seguridad.

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad (Privacy Acknowledgement)

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad (Privacy Acknowledgement): Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook y de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjuntas y que he recibido información sobre cómo el hospital y las entidades nombradas al comienzo de la notificación de confidencialidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi condición, y sobre cómo puedo obtener acceso a esta información y control sobre la misma. También reconozco y entiendo que puedo solicitar información adicional sobre protección de privacidad especial para otras áreas como información relacionada con el VIH, salud mental y asesoramiento genético. He recibido la Notificación de Prácticas de Confidencialidad Conjunta en una fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

Divulgación de Información (Release of Information): Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número de seguro social, a compañías de seguros, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que al hospital de la Universidad de Stony Brook le reembolsen los fondos correspondientes a mi atención. También entiendo que es posible que mi número de seguro social se entregue al Departamento de Salud del Estado de Nueva York de acuerdo con los requisitos de informe de incidentes y otros requisitos regulatorios hospitalarios del Estado de Nueva York, a los fabricantes de dispositivos médicos y a la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration/FDA) con el propósito de realizar el seguimiento de dispositivos médicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida, ya que entiendo que esto es necesario para tratar mi condición, obtener el pago para mi tratamiento y llevar a cabo las operaciones necesarias para el cuidado de mi salud.

Entiendo que la información anterior está protegida por el Reglamento Federal 42CFR, Parte 2, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Drogas y Alcohol del Paciente y no puede ser divulgada sin mi consentimiento escrito salvo que se disponga lo contrario en otros reglamentos. Entiendo que no es necesario que dé mi autorización para la divulgación de información para recibir los servicios de tratamiento y que lo hago por mi cuenta y voluntariamente por las razones proporcionadas anteriormente. Este consentimiento dejará de tener validez en doce (12) meses luego de la fecha, evento o condición indicada a continuación.

Entiendo que este consentimiento se puede anular en cualquier momento, salvo en la medida que se hayan tomado acciones en conformidad con este consentimiento.

Autorización para divulgar información médica a mi cuidador (Authorization to Release Health Information to My Caregiver):

Autorizo divulgar la información médica, relacionada con mi cuidado y tratamiento, al Cuidador identificado durante mi Valoración de enfermería para que me asista en el hogar cuando salga del hospital. En la medida que resulte necesaria para que el Cuidador me asista, esta información puede incluir aquella relacionada con el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, tratamiento por salud mental e información relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Entiendo que esta autorización se puede anular en cualquier momento realizando un pedido por escrito, salvo en la medida que se hayan tomado acciones en conformidad con esta autorización. A menos que se anule, la presente autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que se firmó.

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria y Cesión General (Release of Information to Primary Care Practitioner & Uniform Assignment)

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria (Release of Information to Primary Care Practitioner):

Autorizo al personal del Hospital de la Universidad de Stony Brook y de su Departamento de Emergencias a divulgar a mi médico de atención primaria (PCP) los datos de salud relacionados con esta intervención del Departamento de Emergencias a los efectos de la continuidad de mis cuidados de salud. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Cesión General (Uniform Assignment): Por la presente transfiero, cedo y traspaso al Hospital de la Universidad de Stony Brook/University Faculty Practice Corporations, suficientes fondos o beneficios que me correspondan de agencias gubernamentales, compañías de seguro u otros que sean responsables, desde el punto de vista financiero, de mi hospitalización y atención médica para cubrir los costos del cuidado y el tratamiento que me brindaron o a mi dependiente.

Acuerdo Financiero/ Garantía de Pago (Financial Agreement/Guarantee of Payment): Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago al Hospital de la Universidad de Stony Brook/University Faculty Practice Corporations por los cuidados y tratamientos del paciente cuyo nombre aparece en este formulario.

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor (que incluyen los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato de seguro y beneficios de salud del paciente.

Entiendo que el paciente es responsable de garantizar que se obtengan todas las autorizaciones y aprobaciones exigidas por su compañía de seguro. En caso de no obtener la aprobación previa en el momento requerido o de que se haya denegado la autorización, soy totalmente responsable por todos los cargos que no pague la compañía de seguro, según lo especificado en las disposiciones de mi contrato de seguros y en la medida permitida por la ley.

Entiendo que soy responsable de proporcionar información correcta al proveedor sobre: contactos, datos demográficos, seguro de salud y otra información pertinente solicitada para la facturación de los servicios del hospital/profesional y que debo notificar al proveedor a la brevedad posible sobre cualquier cambio en esta información. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor con el fin de facturar los cuidados y el tratamiento proporcionados.

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

Números de contacto adicionales: Servicios del Plan de Gestión de Práctica Médica de Stony Brook (Médico tratante y hospitalario): 631-444-4800
Servicios de Facturación de Médicos de la Sala de Emergencias de Stony Brook Southampton: 1-855-691-9890
Servicios de Facturación de Médicos Hospitalarios de Stony Brook: 631-726-3172

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

**Consentimiento del Paciente para la Divulgación de Registros Médicos para
Apelaciones Externas al Estado de Nueva York**
(Patient Consent to the Release of Records for NYS External Appeal)

El paciente, el representante del paciente y el proveedor del paciente tienen derecho a una apelación externa de ciertas decisiones adversas tomadas por los planes de salud. En caso de solicitar una apelación externa, se requiere un consentimiento firmado y fechado por el paciente para la divulgación de registros médicos. Un agente de apelación externa designado por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York utilizará este consentimiento para obtener información médica del paciente a través del plan de salud y de los proveedores de servicios de salud del paciente. Junto con la solicitud de información médica, se proporcionará el nombre y domicilio del agente de apelación externa.

Autorizo a mi plan y a los proveedores de salud a revelar al agente de apelación externa todos los registros médicos o tratamientos pertinentes relacionados con este proceso de apelación externa, incluida información relacionada con VIH, información sobre los tratamientos de salud mental, o información sobre tratamientos por abuso de alcohol o sustancias. Entiendo que el agente de apelación externa usará esta información únicamente para tomar una determinación con respecto a mi apelación y que la información se mantendrá con carácter confidencial y no se divulgará a ninguna otra persona.

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan dispuesto acciones en función del mismo, dirigiéndome por escrito al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Entiendo que mi plan de salud no podrá condicionar el tratamiento, la inscripción, la elegibilidad o el pago a mi firma de este formulario. Acepto que la determinación del agente de apelación externa será vinculante. Declaro que no iniciaré acciones legales contra el agente de apelación externa para que se revise la decisión tomada por el agente, estipulando sin embargo, que esto no limitará mi derecho a iniciar acciones legales contra él/ella por daños en casos de mala fe o negligencia grave, o mi derecho a iniciar acciones legales contra mi plan de salud.

N.º de identificación del plan de salud del paciente (Patient's Health Plan ID#)

X

Firma del paciente (o del representante)
Signature of Patient (or representative)

Hora
Time

Fecha
Date

CESIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE PARA PACIENTES DE MEDICARE (MEDICARE ASSIGNMENT OF BENEFITS FOR MEDICARE PATIENTS)

Cesión de Beneficios de Medicare (Medicare Assignment of Benefits): Certifico que la información por mí suministrada en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que cuente con información médica o de otro tipo acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o compañías de seguro, cualquier información necesaria para este o para cualquier reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre directamente al médico u organización que proporciona la atención médica. Cedo, transfiero y traspaso todos los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico o a la organización y los autorizo a presentar un reclamo ante Medicare.

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

(I have read this entire document and I understand it. I have been given the chance to ask questions and understand that I may ask additional questions at any time).

También comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que el pago y la atención médica que recibo no resultarán afectados ni interrumpidos. Este establecimiento, los empleados, directivos y médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en el presente. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

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

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

X _____
Firma del testigo Hora Fecha
Signature of Witness Time Date

Consentimiento General y Acuerdos Para Servicios Hospitalarios Ambulatorios

(General Consent and Agreements for Hospital Ambulatory Services)

Con la firma de este documento (By signing this document):

- 1. Consentimiento General para Tratamiento (General Consent for Treatment):** Doy mi consentimiento para que el Hospital de la Universidad de Stony Brook (incluidas todas las zonas del Hospital de la Universidad de Stony Brook) realice procedimientos diagnósticos y terapéuticos de rutina, que incluye radiografías, análisis de sangre, administración de fluidos intravenosos y medicamentos. Entiendo que este consentimiento general tendrá validez por un año a partir de la fecha de mi firma para las visitas y consultas ambulatorias, servicios de pruebas y las visitas médicas, a menos que lo retire. Entiendo además que todas las admisiones para hospitalización, los procedimientos quirúrgicos ambulatorios y las visitas o permanencias en observación en el Departamento de Emergencias requieren un nuevo consentimiento general y acuerdo adicional que deberá ser completado y firmado.
- 2. Servicios de Telehealth (Telehealth Services):** Entiendo que puedo optar por recibir servicios de Telehealth.

Telehealth incluye tanto telemedicina como supervisión remota de pacientes. La telemedicina constituye el uso de comunicación interactiva bidireccional de audio y video en tiempo real entre el paciente y el doctor u otros proveedores médicos autorizados para hacer evaluaciones, diagnósticos y tratamientos, entre otros.

Las imágenes y conversaciones de las videoconferencias de Telehealth pueden ser grabadas y podrían formar parte del registro médico electrónico.

Mi doctor documentará las notas de Telehealth en mi expediente médico como si se tratara de una sesión en persona.

Puedo suspender o revocar mi consentimiento de los servicios de Telehealth en cualquier momento y esto no afectará mi atención en el futuro.
- 3. Desecho de Tejidos y Muestras (Disposal of Tissues and Specimens):** Entiendo que todos los tejidos y las muestras que me tomen durante mi atención y tratamiento son propiedad del Hospital de la Universidad de Stony Brook. También autorizo al Hospital de la Universidad de Stony Brook a desechar estos tejidos y muestras cuando lo consideren apropiado.
- 4. Responsabilidad por la Atención del Paciente (Responsibility for Patient Care):** Entiendo que mi médico tratante es responsable de mi atención y que puede asignar a otros médicos, practicantes y miembros del personal de este hospital cuando se considere apropiado para que me brinden atención. También entiendo que el Hospital de la Universidad de Stony Brook University es una institución educativa, y es posible que estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social y de otras ramas observen o asistan en mi atención, bajo las indicaciones de mi médico u otros miembros del personal de este hospital.
- 5. Fotografías/Videos/Grabaciones de Audio (Photographs/Video/Voice Recordings):** Antes de la publicación o la divulgación de las fotografías, videos o grabaciones de audio, aparte de como un componente de una videoconferencia de Telehealth, obtendremos su autorización por escrito, a menos que las imágenes o las grabaciones de audio no lo identifiquen o se hayan modificado de tal manera que no sea posible identificarlo. Antes de la publicación o la divulgación de las fotografías, videos o grabaciones de audio, aparte de como un componente de una videoconferencia de Telehealth, obtendremos su autorización por escrito, a menos que las imágenes o grabaciones de audio no lo identifiquen o se hayan modificado de tal manera que no sea posible identificarlo. Entiendo que los videos, fotografías o grabaciones de audio que se realicen para documentar mi atención médica son parte de mi historial médico y que aquellos que se hayan tomado con otros propósitos no lo son.
- 6. Guías de Información (Information Guides):** Declaro que de acuerdo con lo dispuesto en las Pautas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, he recibido el folleto titulado *Lo que Debe Saber como Paciente*.

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad (Privacy Acknowledgement)

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad (Privacy Acknowledgement): Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook y de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjuntas y que he recibido información sobre cómo el hospital y las entidades nombradas al comienzo de la notificación de confidencialidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi condición, y sobre cómo puedo obtener acceso a esta información y control sobre la misma. También reconozco y entiendo que puedo solicitar información adicional sobre protección de privacidad especial para otras áreas como información relacionada con el VIH, salud mental y asesoramiento genético. He recibido la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjunta en una fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

Divulgación de Información (Release of Information): Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número de seguro social, a compañías de seguro, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que al Hospital de la Universidad de Stony Brook le reembolsen los fondos correspondientes a mi atención. También entiendo que es posible que mi número de seguro social se entregue al Departamento de Salud del Estado de Nueva York de acuerdo con los requisitos de informe de incidentes y otros requisitos regulatorios hospitalarios del Estado de Nueva York, a los fabricantes de dispositivos médicos y a la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration / FDA) con el propósito de realizar el seguimiento de dispositivos médicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida, ya que entiendo que esto es necesario para tratar mi condición, obtener el pago para mi tratamiento y llevar a cabo las operaciones necesarias para el cuidado de mi salud.

Entiendo que la información anterior está protegida por el Reglamento Federal 42CFR, Parte 2, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Drogas y Alcohol del Paciente y no puede ser divulgada sin mi consentimiento escrito salvo que se disponga lo contrario en otros reglamentos. Entiendo que no es necesario que dé mi autorización para la Divulgación de Información para recibir los servicios de tratamiento y que lo hago por mi cuenta y voluntariamente por las razones proporcionadas anteriormente. Este consentimiento dejará de tener validez en doce (12) meses luego de la fecha, evento o condición indicada a continuación.

Entiendo que este consentimiento se puede anular en cualquier momento, salvo en la medida que se hayan tomado acciones en conformidad con este consentimiento.

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria y Cesión General (Release of Information to Primary Care Practitioner & Uniform Assignment)

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria (Release of Information to Primary Care) Practitioner: Autorizo al personal del Hospital de la Universidad de Stony Brook y de su Departamento de Emergencias a divulgar a mi médico de atención primaria (PCP) los datos de salud relacionados con esta intervención del Departamento de Emergencias a los efectos de la continuidad de mis cuidados de salud. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Cesión General (Uniform Assignment): Por la presente transfiero, cedo y traspaso al Hospital de la Universidad de Stony Brook/University Faculty Practice Corporations, suficientes fondos o beneficios que me correspondan de agencias gubernamentales, compañías de seguro u otros que sean responsables, desde el punto de vista financiero, de mi hospitalización y atención médica para cubrir los costos del cuidado y el tratamiento que me brindaron o a mi dependiente.

Acuerdo Financiero/Garantía de Pago (Financial Agreement/Guarantee of Payment): Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago al Hospital de la Universidad de Stony Brook/University Faculty Practice Corporations por los cuidados y tratamientos del paciente cuyo nombre aparece en este formulario.

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor (que incluyen los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato de seguro y beneficios de salud del paciente.

Entiendo que el paciente es responsable de garantizar que se obtengan todas las autorizaciones y aprobaciones exigidas por su compañía de seguro. En caso de no obtener la aprobación previa en el momento requerido o de que se haya denegado la autorización, soy totalmente responsable por todos los cargos que no pague la compañía de seguro, según lo especificado en las disposiciones de mi contrato de seguros y en la medida permitida por la ley.

Entiendo que soy responsable de proporcionar información correcta al proveedor sobre: contactos, datos demográficos, seguro de salud y otra información pertinente solicitada para la facturación de los servicios del hospital/profesional y que debo notificar al proveedor a la brevedad posible sobre cualquier cambio en esta información. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor con el fin de facturar los cuidados y el tratamiento proporcionados.

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

Números de contacto adicionales: Servicios del Plan de Gestión de Práctica Médica de Stony Brook
(Médico tratante y hospitalario): 631-444-4800
Servicios de Facturación de Médicos de la Sala de Emergencias de
Stony Brook Southampton: 1-855-691-9890
Servicios de Facturación de Médicos Hospitalarios de Stony Brook: 631-726-3172

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

CESIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE PARA PACIENTES DE MEDICARE (MEDICARE ASSIGNMENT OF BENEFITS FOR MEDICARE PATIENTS)

Cesión de Beneficios de Medicare (Medicare Assignment of Benefits): Certifico que la información por mí suministrada en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que cuente con información médica o de otro tipo acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o compañías de seguro, cualquier información necesaria para este o para cualquier reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre directamente al médico u organización que proporciona la atención médica. Cedo, transfiero y traspaso todos los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico o a la organización y los autorizo a presentar un reclamo ante Medicare para el pago.

Consentimiento del Paciente para la Divulgación de Registros Médicos para Apelaciones Externas al Estado de Nueva York

(Patient Consent to the Release of Records for NYS External Appeal)

El paciente, el representante del paciente y el proveedor del paciente tienen derecho a una apelación externa de ciertas decisiones adversas tomadas por los planes de salud. En caso de solicitar una apelación externa, se requiere un consentimiento firmado y fechado por el paciente para la divulgación de registros médicos. Un agente de apelación externa designado por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York utilizará este consentimiento para obtener información médica del paciente a través del plan de salud y de los proveedores de servicios de salud del paciente. Junto con la solicitud de información médica, se proporcionará el nombre y domicilio del agente de apelación externa.

Autorizo a mi plan y a los proveedores de salud a revelar al agente de apelación externa todos los registros médicos o tratamientos pertinentes relacionados con este proceso de apelación externa, incluida información relacionada con VIH, información sobre los tratamientos de salud mental o información sobre tratamientos por abuso de alcohol o sustancias. Entiendo que el agente de apelación externa usará esta información únicamente para tomar una determinación con respecto a mi apelación y que la información se mantendrá con carácter confidencial y no se divulgará a ninguna otra persona.

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan dispuesto acciones en función del mismo, dirigiéndome por escrito al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Entiendo que mi plan de salud no podrá condicionar el tratamiento, la inscripción, la elegibilidad o el pago a mi firma de este formulario. Acepto que la determinación del agente de apelación externa será vinculante. Declaro que no iniciaré acciones legales contra el agente de apelación externa para que se revise la decisión tomada por el agente, estipulando sin embargo, que esto no limitará mi derecho a iniciar acciones legales contra él/ella por daños en casos de mala fe o negligencia grave, o mi derecho a iniciar acciones legales contra mi plan de salud.

N.º de identificación del plan de salud del paciente (Patient's Health Plan ID#)

X

Firma del paciente (o del representante)
Signature of Patient (or representative)

Hora
Time

Fecha
Date

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

(I have read this entire document and I understand it. I have been given the chance to ask questions and understand that I may ask additional questions at any time).

También comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que el pago y la atención médica que recibo no resultarán afectados ni interrumpidos. Este establecimiento, los empleados, directivos y médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en el presente. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

X

Firma del paciente (o del representante)
Signature of Patient (or representative)

Relación (si quien firma no es el paciente)
Relationship (if other than patient)

Hora
Time

Fecha
Date

Nombre del testigo en letra de imprenta
Print Name of Witness

Cargo o relación con el paciente
Title or Relationship to Patient

X

Firma del testigo
Signature of Witness

Hora
Time

Fecha
Date

Acuerdos para Prácticas Médicas

(Agreements for Physician Practices)

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

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor (incluyendo los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato y los beneficios del seguro de salud del paciente. Entiendo que el paciente es responsable de garantizar que se obtengan todas las autorizaciones y aprobaciones exigidas por su compañía de seguro. En caso de no obtener la aprobación previa en el momento requerido o de que se haya denegado la autorización, soy totalmente responsable por todos los cargos que no pague la compañía de seguro, según lo especificado en las disposiciones de mi contrato y en la medida permitida por la ley.

Entiendo que soy responsable de proporcionar información correcta al proveedor sobre: contactos, datos demográficos, seguro de salud y otra información pertinente solicitada para la facturación de los servicios del hospital/profesional y que debo notificar al proveedor a la brevedad posible sobre cualquier cambio en esta información. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor con el fin de facturar los cuidados y el tratamiento proporcionados.

Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre mis facturas, puedo llamar a los siguientes números:

- 631-444-4151 por Cuentas de Pacientes/Facturación del Hospital
- 631-444-4800 por Facturación de Médicos del Plan de Gestión de Práctica Médica (Clinical Practice Management Plan, CPMP)

Divulgación de Información: Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número del Seguro Social, a compañías de seguros, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que se le reembolsen a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations los fondos correspondientes a mi atención. También entiendo que es posible que mi número de seguro social se entregue al Departamento de Salud de Nueva York de acuerdo con los requisitos de informe de incidentes y otros requisitos regulatorios hospitalarios del Estado de Nueva York, a los fabricantes de dispositivos médicos y a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration/FDA) con el propósito de realizar el seguimiento de dispositivos médicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida, ya que entiendo que esto es necesario para tratar mi condición, obtener el pago para mi tratamiento y llevar a cabo las operaciones necesarias para el cuidado de mi salud.

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria y Cesión General

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria: Autorizo al personal de Stony Brook University Hospital y de University Faculty Practice Corporations a divulgar información relacionada con mi atención médica a mi médico de atención primaria (PCP) a los efectos de la continuidad de mis cuidados de salud. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Cesión General: Por la presente transfiero, cedo y traspaso a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations suficientes fondos y/o beneficios que me correspondan de agencias gubernamentales, compañías de seguro u otros que sean responsables, desde el punto de vista financiero, de mi hospitalización y atención médica para cubrir los costos del cuidado y el tratamiento que me fueron brindados a mí o a mi dependiente.

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

MEDICARE

Cesión de Beneficios de Medicare: Certifico que la información por mí suministrada en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que cuente con información médica o de otro tipo acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o compañías de seguro, cualquier información necesaria para este o para cualquier reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre directamente al médico u organización que proporciona los servicios. Cedo, transfiero y traspaso todos los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico o a la organización y los autorizo a presentar un reclamo ante Medicare en mi nombre.

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad: Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook y de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjuntas y que he recibido información sobre cómo el hospital y las entidades nombradas al comienzo de la notificación de confidencialidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi condición, y sobre cómo puedo obtener acceso a esta información y control sobre la misma. También reconozco y entiendo que puedo solicitar información adicional sobre protección de privacidad especial para otras áreas como información relacionada con el VIH, salud mental y asesoramiento genético. He recibido la Notificación de Prácticas de Confidencialidad Conjunta en una fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

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

Este establecimiento, los empleados, directivos y médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en el presente. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

X
Firma del paciente (o del representante) _____ Relación (si quien firma no es el paciente) _____ Hora _____ Fecha _____

Nombre del testigo en letra de imprenta _____ Cargo o relación con el paciente _____

X
Firma del testigo _____ Hora _____ Fecha _____

Mi firma indica que apruebo lo relacionado a mi atención y tratamiento por parte de University Faculty Practice Corporations (UFPCs), detalladas a continuación:

Stony Brook Anaesthesiology, UFPC
Stony Brook Children's Service, UFPC
Stony Brook Dermatology Associates, UFPC
Stony Brook Emergency Physicians, UFPC
Stony Brook Family and Preventive Medicine, UFPC
Stony Brook Internists, UFPC
Neurology Associates of Stony Brook, UFPC
New York Spine & Brain Surgery, UFPC
University Associates in Obstetrics & Gynecology, UFPC

Stony Brook Ophthalmology, UFPC
Stony Brook Orthopaedic Associates, UFPC
Stony Brook Pathologists, UFPC
Stony Brook Psychiatric Associates, UFPC
Stony Brook Radiation Oncology, UFPC
Stony Brook Radiology, UFPC
Stony Brook Surgical Associates, UFPC
Stony Brook Urology, UFPC

Un Mensaje Importante de Medicare

(An Important Message from Medicare)

Nombre del paciente: _____ Número de paciente: _____

Sus Derechos como Paciente Hospitalizado:

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

Su Derecho a Apelar el Alta Hospitalaria:

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

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

Cómo Solicitar una Apelación del Alta Hospitalaria:

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

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

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

Información Adicional (Opcional):

Para hablar con alguien del Hospital de la Universidad de Stony Brook sobre este aviso, por favor llame al Departamento de Administración de la Atención al 631-444-2552.

Nombre del hospital	Número de ID del proveedor
Hospital de la Universidad de Stony Brook	330393
Hospital de la Universidad de Stony Brook, Psiquiatría	33S393

Entregado al representante autorizado

De forma verbal

En persona

Contactado por: _____

Nombre del representante autorizado: _____

Número de teléfono: _____

Fecha/hora del contacto telefónico: _____

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

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

X

Firma del paciente o el representante

Fecha

Hora

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

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1019. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por persona, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Formulario CMS 10065-IM (Exp. 12/31/2025)

Aprobación de la OMB: 0938-1019

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

Días de Reserva de por Vida de Medicare

Formulario de Elección de Días

Días de reserva de por vida de Medicare: Después de utilizar la cobertura original de Medicare de hasta 90 días (Días Completos de Hospital y Días Parciales de Hospital) en un hospital por período de beneficios, Medicare ofrece 60 días adicionales de cobertura (Días de Reserva de por Vida). Estos 60 días de reserva de por vida se pueden utilizar solamente una vez en el tiempo de vida de un paciente y no se deben aplicar necesariamente a una misma estadía hospitalaria.

Cada beneficiario de Medicare tiene sesenta (60) días adicionales de reserva de por vida para hacer uso de los servicios para pacientes hospitalizados luego de haber utilizado servicios para pacientes hospitalizados durante noventa (90) días en un período de enfermedad. Medicare pagará al hospital por estos días adicionales luego de que se hayan acabado los 90 días de beneficio, a menos que la persona elija que Medicare no realice dicho pago (para guardar sus días de reserva para otra ocasión). Durante este período, se aplica un pago de coseguro del cual el paciente es responsable, a menos que cuente con una cobertura médica complementaria que cubra dicho copago.

- Sí.** Elijo usar mis Días de Reserva de por Vida
- No.** Elijo no usar mis Días de Reserva de por Vida

Nota para los pacientes: Dentro de los 5 días siguientes a la fecha en que se agotan los beneficios de la Parte A, usted tiene derecho a elegir NO usar sus días de reserva de por vida.

Usted tiene derecho a retractarse de su elección hasta 90 días después del alta hospitalaria contactándose con Cuentas del Paciente al (631) 444-4151 o con Servicios Financieros al (631) 444-7332.

X _____
 Firma del paciente (o del representante) Relación (si quien firma no es el paciente) Hora Fecha

 Nombre del testigo en letra de imprenta Cargo o Relación con el Paciente

X _____
 Firma del testigo Hora Fecha



Formulario de Asignación de Beneficios de la Ley de Seguros Sin Adjudicación de Culpa para Vehículos Motorizados de Nueva York

(New York Motor Vehicle No-Fault Insurance Law Assignment of Benefits Form)

Yo, _____, (“Cedente”) por la presente cedo a _____ (“Cesionario”)
(Nombre del paciente en letra de imprenta) *(Nombre del hospital o proveedor de salud en letra de imprenta)*
(Print patient’s name) *(Print hospital or healthcare provider name)*

todos los derechos, privilegios y recursos para el pago de los servicios de atención de la salud brindados por el Cesionario, a los cuales tengo derecho conforme al artículo 51 (cláusula de no adjudicación de culpa) de la Ley de Seguros.

Por la presente, el Cesionario declara no haber recibido ningún pago por parte del Cedente o en su nombre, y que no reclamará pagos directamente al Cedente por los servicios que brindó el Cesionario por las lesiones producidas debido al accidente automovilístico ocurrido el _____, no obstante cualquier acuerdo previo por escrito que estipule lo contrario.
(Fecha del accidente en letra de imprenta)
(Print accident date)

El Cesionario puede revocar este acuerdo cuando los beneficios no son pagaderos a causa de falta de cobertura del Cedente o de acciones o conducta del Cedente que resulten violatorias de una condición de la póliza.

TODA PERSONA QUE, DE FORMA DELIBERADA Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGURO U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN O UN RECLAMO POR CUALQUIER BENEFICIO DE SEGURO QUE INCLUYA INFORMACIÓN FALSA O QUE OCULTE INFORMACIÓN RELACIONADA CON UN HECHO SUSTANCIAL CON FINES ENGAÑOSOS COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y, POR LO TANTO, QUEDARÁ SUJETA A UNA SANCIÓN CIVIL QUE NO SUPERARÁ LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR DECLARADO DEL RECLAMO POR CADA VIOLACIÓN.

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

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

X _____
 Firma del testigo Hora Fecha
 Signature of Witness Time Date

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

 Nombre del proveedor en letra de imprenta X Firma del proveedor Fecha de la firma
 Print name of Provider Signature of Provider Date of Signature

Dirección: _____
 Address _____
 Hora de la firma
 Time of Signature



Consentimiento del Paciente para la Divulgación de Registros Médicos para Apelación Externa del Estado de Nueva York



**Department of
Financial Services**

N.º de Caso DFS: _____

Autorizo a mi plan y a los proveedores de salud a revelar al agente de apelación externa todos los registros médicos o tratamientos pertinentes relacionados con este proceso de apelación externa, incluida información relacionada con VIH, información sobre los tratamientos de salud mental, o información sobre tratamientos por abuso de alcohol o sustancias. Entiendo que el agente de apelación externa usará esta información únicamente para tomar una determinación con respecto a mi apelación y que la información se mantendrá con carácter confidencial y no se divulgará a ninguna otra persona. Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan dispuesto acciones en función del mismo, dirigiéndome por escrito al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Entiendo que mi plan de salud no podrá condicionar el tratamiento, la inscripción, la elegibilidad o el pago a mi firma de este formulario. Acepto que la determinación del agente de apelación externa será vinculante. Declaro que no iniciaré acciones legales contra el agente de apelación externa para que se revise la decisión tomada por el agente, estipulando sin embargo, que esto no limitará mi derecho a iniciar acciones legales contra él/ella por daños en casos de mala fe o negligencia grave, o mi derecho a iniciar acciones legales contra mi plan de salud.

Si el paciente o el representante del paciente presenta esta solicitud, al firmar el Consentimiento del Paciente para la Divulgación De Registros Médicos para Apelación Externa del Estado de Nueva York, el paciente atestigua que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta a su leal saber y entender.

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

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

STONY BROOK UNIVERSITY HOSPITAL

Nombre del proveedor/centro

Acerca de PSYCKES

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

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

Estos datos incluyen lo siguiente:

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

Lo que debe hacer

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

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

Elija entre las siguientes:

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

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

Su elección: *Marque solamente 1 casilla.*

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

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Número de identificación de Medicaid del paciente

X

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Hora

Fecha

Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)

Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)

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

- 1 **Cómo pueden los proveedores usar su información de salud.** Pueden usarla únicamente para lo siguiente:
 - Proporcionarle tratamiento médico, coordinación de la atención y servicios relacionados.
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica.
 - Notificar a sus proveedores de tratamiento en caso de emergencia (p. ej., si acude a la sala de emergencias).

- 2 **A qué tipo de información pueden acceder.** Si otorga su consentimiento, *Stony Brook University Hospital* podrá ver TODA su información de salud en PSYCKES. Aquí se puede incluir información de sus registros médicos, como enfermedades o lesiones (p. ej., diabetes o fracturas), resultados de pruebas (radiografías, análisis de sangre o pruebas de detección), resultados de evaluaciones y medicamentos. Podría incluir planes de atención, planes de seguridad y directivas anticipadas de psiquiatría que usted y su proveedor del tratamiento desarrollen.
Esta información puede estar relacionada con afecciones médicas delicadas, incluidas, entre otras, las siguientes:
 - Enfermedades de salud mental
 - Consumo de alcohol o drogas
 - Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)
 - Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
 - VIH/SIDA
 - Enfermedades de transmisión sexual

- 3 **De dónde proviene la información.** Cualquiera de los servicios de salud que usted recibe y que paga Medicaid formarán parte de sus registros. También lo harán los servicios que haya recibido de un centro psiquiátrico estatal. Parte de la información proveniente de sus registros médicos, aunque no toda, está almacenada en PSYCKES, como también los datos que ingresen usted y su médico. Su registro en línea incluye su información de salud proveniente de otras bases de datos del Estado de Nueva York y es posible que se agreguen nuevas bases de datos. Si desea ver la lista de fuentes de datos actual y más información acerca de PSYCKES, visite www.psyckes.org y consulte "Acerca de PSYCKES", o pídale a su proveedor que imprima la lista para usted.

- 4 **Quién puede acceder a su información con su consentimiento.** Pueden acceder a su información los médicos y demás personal de *Stony Brook University Hospital* que estén involucrados en su atención, como también los proveedores de atención médica que estén cubriendo a personal de *Stony Brook University Hospital* o prestando servicios de guardia para dicho personal y que realicen las tareas que se mencionan en #1 más arriba.

- 5 **Acceso o uso indebido de su información.** Existen sanciones por acceso o uso indebido de su información de salud de PSYCKES. Si en algún momento sospecha que una persona no autorizada vio o tuvo acceso a su información, llame a:
 - Oficina de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), al 631-444-5796, o bien a
 - Atención al Cliente de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York al 800-597-8481.

- 6 **Divulgación de su información.** *Stony Brook University Hospital* puede compartir su información de salud con otras personas únicamente cuando las leyes y regulaciones estatales o federales lo permitan. Esto rige para toda información de salud, ya sea en formato electrónico o en papel. Algunas leyes estatales y federales también ofrecen protecciones especiales y requisitos adicionales para divulgar información de salud delicada, como la relacionada con VIH/SIDA, y tratamientos por consumo de drogas o alcohol.¹

- 7 **Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento tendrá vigencia durante 3 años a partir de la fecha en la que haya recibido servicios de *Stony Brook University Hospital* por última vez o hasta que usted retire su consentimiento, lo que ocurra antes.

- 8 **Retiro del consentimiento.** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Para hacerlo, solo debe firmar y enviar un Formulario de retiro del consentimiento a *Stony Brook University Hospital*. También puede cambiar sus opciones de consentimiento firmando un nuevo Formulario de Consentimiento en cualquier momento. Encuentre estos formularios en www.psyckes.org o pídalos a su proveedor llamando al Centro de llamadas de preinscripción al 631-444-1870. Tenga en cuenta que los proveedores que accedan a su información de salud a través de *Stony Brook University Hospital* pueden copiar o incluir su información en sus registros médicos mientras este formulario de consentimiento esté vigente. Si usted retira su consentimiento, no están obligados a devolver la información ni a eliminarla de sus registros.

- 9 **Copia del formulario.** Puede recibir una copia de este formulario de consentimiento después de que lo haya firmado.

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

STONY BROOK UNIVERSITY HOSPITAL

Nombre del proveedor/centro

Lo que debe saber

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

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

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

Lo que debe hacer

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

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Número de identificación de Medicaid del paciente

X

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Hora

Fecha

Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)

Relación del representante legal
con el paciente (si corresponde)

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

III.a Servicios de Observación

Comprensión de Sus Derechos y Estado como Paciente Internado u Paciente de Observación

Cuando presenta necesidades de salud que lo hacen acudir a Stony Brook University Hospital, probablemente una de las últimas cosas en las que piense sea, ¿"Me facturarán como paciente hospitalizado o ambulatorio?" Sí, es importante que sepa cuál es su estatus porque esto afecta el monto de dinero que debe pagar de su propio bolsillo por los servicios hospitalarios. Y si tiene Medicare o Medicaid, las pautas difieren de aquellas para pacientes con cobertura de seguro comercial o cobertura de un plan de salud.

La información que figura a continuación tiene el objetivo de:

- Ayudarlo a comprender la diferente terminología con la que se encontrará mientras se encuentre "en observación".
- Explicarle sus derechos.
- Responder preguntas acerca de a quién llamar y qué preguntar.

Para todos aquellos pacientes que **no** estén cubiertos por Medicare

¿Me consideran un paciente hospitalizado o ambulatorio?

Usted es un **paciente hospitalizado** desde el día en que es formalmente admitido al hospital con la orden de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día como paciente hospitalizado.

Usted es un **paciente ambulatorio** si está recibiendo servicios del Departamento de Emergencias (ED), servicios de observación, cirugía ambulatoria o análisis de laboratorio y radiografías, y el médico no le ha dado una orden formal por escrito para que lo "admitan" en el hospital como paciente hospitalizado. En estos casos, usted es un paciente ambulatorio aunque haya pasado la noche en el hospital.

Nota: Los servicios de observación son servicios ambulatorios del hospital que le permiten al médico decidir si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Los servicios de observación se pueden prestar en el Departamento de Emergencias o en cualquier otra área del hospital.

Por lo general, ¿qué tipo de condiciones médicas requieren servicios de observación?

Por lo general, los servicios de observación se indican para condiciones médicas que se pueden tratar en 48 horas o menos, o cuando todavía no se ha determinado la causa de los síntomas. Algunos ejemplos son, náuseas, vómitos, debilidad, dolor estomacal, dolor de cabeza, cálculos en los riñones, fiebre, ciertos problemas respiratorios y ciertos tipos de dolor de pecho.

Dentro de las primeras 48 horas de su estadía, el médico decidirá si usted requiere hospitalización o si puede recibir el alta para recibir atención en otro lugar. Si su cuadro médico requiere cuidados intensivos para pacientes hospitalizados,

el médico le dará una orden formal por escrito para cambiar su estatus como paciente ambulatorio en observación a una admisión como paciente hospitalizado.

Si permanece en el hospital por más de unas horas, pregunte a su médico o al personal del hospital si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio.

Como el seguro y los planes de salud usualmente pagan diferentes montos por servicios cubiertos prestados como "paciente hospitalizado" o como "paciente ambulatorio", sus costos de bolsillo pueden variar dependiendo de su estatus. ¿Cómo puede averiguarlo?

Para obtener información confiable, llame a su compañía de seguros o al administrador del plan de salud. El número de teléfono de su compañía de seguro de salud o del administrador del plan de salud deben figurar en el reverso de su tarjeta de identificación del seguro.

Algunas preguntas útiles para hacerle a su compañía de seguros o al administrador del plan de salud:

Para Pacientes Hospitalizados

- ¿Qué deducible se aplicará a mi caso (si corresponde aplicar alguno)? ¿Ya alcancé algo de mi deducible o todo?
- ¿Cuál es el copago que debo pagar por esta admisión?
- ¿Cubrirán las facturas del médico? ¿Cuánto deberé pagar de mi propio bolsillo?
- ¿Mi plan cubrirá todas las recetas que me den en el hospital? ¿Qué parte de los costos de bolsillo debo pagar?
- ¿Cubrirán todos los exámenes que realice? ¿Cuál es el monto de la parte de los costos de bolsillo que debo pagar?

Para Pacientes Ambulatorios

(Si se encuentra bajo el estatus de paciente en observación, infórmelo).

- ¿Qué deducible se aplicará a mi caso (si corresponde aplicar alguno)? ¿Ya alcancé algo de mi deducible o todo?
- ¿Cuál es el copago que debo pagar por estos servicios?
- ¿Cubrirán las facturas del médico? ¿Cuánto deberé pagar de mi propio bolsillo?
- ¿Mi plan cubrirá todas las recetas que me den en el hospital?
- ¿Qué parte de los costos de bolsillo debo pagar?
- ¿Cubrirán todos los exámenes que realice? ¿Cuál es el monto de mis costos de bolsillo?

Para pacientes con Medicare

¿Se encuentra usted como paciente hospitalizado o paciente ambulatorio?

Si tiene Medicare ¡Pregunte!

¿Sabía que por más que pase la noche en el hospital, es posible que se le considere aún como un "paciente ambulatorio"? Su **estatus hospitalario** (si el hospital lo considera un "paciente hospitalizado" o un "paciente ambulatorio") determina lo que **usted paga** por servicios de hospital (como radiografías, medicamentos y análisis de laboratorio) y también puede determinar si Medicare cubrirá la atención que reciba en un centro de cuidados especializados (SNF) después de su hospitalización

- Usted es un **paciente hospitalizado** desde el día en que es formalmente admitido al hospital con una orden del médico. El día **anterior** a que reciba el alta es su último día como paciente hospitalizado.

- Usted es un **paciente ambulatorio** si está recibiendo servicios del Departamento de Emergencias (ED), servicios de observación, cirugía ambulatoria o análisis de laboratorio, radiografías o cualquier otro servicio del hospital, siempre que el médico **no haya** dado una orden por escrito para que el hospital lo admita como paciente hospitalizado. En estos casos, usted es un paciente ambulatorio aunque haya pasado la noche en el hospital.

Nota: Los servicios de observación son servicios ambulatorios del hospital que le permiten al médico decidir si el paciente necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Los servicios de observación se pueden prestar en el Departamento de Emergencias o cualquier otra área del hospital.

La decisión sobre la admisión de un paciente para hospitalización es una decisión médica compleja basada en el criterio de su médico y la necesidad de atención hospitalaria que usted presente. Generalmente, la admisión como paciente hospitalizado es adecuada cuando se prevé que necesitará 2 o más noches de atención hospitalaria, su médico debe ordenar dicha admisión y el hospital lo debe admitir formalmente para que sea un paciente hospitalizado.

Continúe leyendo para comprender las diferencias entre pacientes hospitalizados y ambulatorios para la cobertura de Original Medicare, y cómo se aplican estas mismas reglas a algunas situaciones comunes. Si tiene un plan de Medicare Advantage (como una HMO o una PPO), es posible que sus costos y su cobertura sean diferentes. Consulte a su plan.

¿Qué debo pagar como paciente hospitalizado?

- Medicare Parte A (seguro de hospital) cubre los servicios de hospital para pacientes hospitalizados. En términos generales, esto significa que el paciente debe pagar un deducible por única vez para todos los servicios de hospital prestados los primeros 60 días de hospitalización.
- Medicare Parte B (seguro médico) cubre la mayoría de los servicios prestados por un médico a pacientes ambulatorios. Después de pagar el deducible de la Parte B, usted debe pagar el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios médicos.

¿Qué debo pagar como paciente ambulatorio?

- La Parte B cubre servicios de hospital para pacientes ambulatorios. En términos generales, esto significa que usted debe pagar un copago por cada uno de los servicios ambulatorios prestados por el hospital. Es posible que este monto varíe según el servicio.

Nota: El copago correspondiente a un solo servicio ambulatorio de hospital no puede ser más alto que el deducible por servicios de hospitalización. Sin embargo, es posible que el total de copagos que deba pagar por todos los servicios ambulatorios supere el deducible por hospitalización.

- La Parte B también cubre la mayoría de los servicios prestados por un médico a pacientes ambulatorios. Después de pagar el deducible de la Parte B, usted debe pagar el 20% del monto aprobado por Medicare.
- En general, los medicamentos de venta bajo receta y de venta libre que usted recibe en un centro ambulatorio (como el departamento de emergencias), que a veces se denominan "medicamentos autoadministrados", no están cubiertos por la Parte B. También, por razones de seguridad, muchos hospitales tienen políticas que no permiten a los pacientes traer recetas u otros medicamentos del hogar. Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), es posible que se cubran estos medicamentos en algunas circunstancias. Es posible que deba pagar el costo de estos medicamentos de su propio bolsillo y luego deba presentar un reclamo a su plan de medicamentos para obtener un reembolso.
- Llame a su plan de medicamentos para obtener más información.

Para obtener información más detallada sobre cómo cubre Medicare los servicios de hospital, incluyendo primas, deducibles y copagos, visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para consultar el manual "Medicare y usted".

También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

A continuación, ejemplificamos con algunas situaciones comunes y una descripción de lo que paga Medicare en cada caso. Recuerde que usted debe pagar deducibles, coseguro y copagos.

Situación	Paciente hospitalizado o paciente ambulatorio	La Parte A paga	La Parte B paga
Usted se encuentra en el Departamento de Emergencias (ED) (conocido también como sala de emergencias o ER) y luego es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico.	Es un paciente ambulatorio hasta que es admitido formalmente como paciente hospitalizado en virtud de la orden del médico. Es un paciente hospitalizado luego de recibir dicha admisión.	Su internación como paciente hospitalizado	Sus servicios médicos
Visita el Departamento de Emergencias y lo remitan a la unidad de cuidados intensivos (ICU) para realizar un control estricto. Sus médicos prevén que regresará a su hogar la mañana siguiente, salvo que su cuadro empeore. Su cuadro mejora y recibe el alta para regresar a su hogar al día siguiente.	Pacientes ambulatorios	Nada	Sus servicios médicos
Visita el Departamento de Emergencias con dolor en el pecho y se queda en el hospital durante 2 noches. Pasa una noche en observación y el segundo día el médico le da una orden por escrito para que reciba la admisión hospitalaria.	Es un paciente ambulatorio hasta que es admitido formalmente como paciente hospitalizado en virtud de la orden del médico. Es un paciente hospitalizado luego de recibir dicha admisión.	Su internación como paciente hospitalizado	Los servicios del médico y los servicios ambulatorios del hospital (por ej., la visita al ED, los servicios de observación, los análisis de laboratorio y los electrocardiogramas)
Se presenta en el hospital para que le realicen una cirugía ambulatoria, pero le piden que se quede toda la noche debido a presión arterial alta. Su médico no le da una orden para que lo admitan como paciente hospitalizado. Regresa a su hogar al día siguiente.	Pacientes ambulatorios	Nada	Los servicios del médico y los servicios ambulatorios del hospital (por ej., la cirugía, los análisis de laboratorio o los medicamentos intravenosos)
Su médico le da una orden para que lo admitan como paciente hospitalizado y, luego, el hospital le comunica que su estatus ha cambiado a paciente ambulatorio. Su médico debe estar de acuerdo, y el hospital debe informarle a usted por escrito, mientras todavía se encuentra en el hospital y antes de que reciba el alta, que ha cambiado su estatus.	Pacientes ambulatorios	Nada	Los servicios del médico y los servicios ambulatorios del hospital

RECUERDE: Incluso aunque pase toda la noche en una cama de hospital, es posible que usted sea considerado un paciente ambulatorio. Consulte al médico o al hospital.

¿Cómo mi estatus hospitalario determina la forma en que Medicare cubre la atención recibida en un centro de cuidados especializados (SNF)?

Medicare sólo cubrirá la atención recibida en un SNF si usted tuvo previamente una "estadía hospitalaria que reúna los requisitos necesarios".

- Para que dicha estadía reúna los requisitos usted debe haber sido un **paciente hospitalizado (fue formalmente admitido al hospital luego de que su médico le diera una orden para admisión hospitalaria)** por 3 días consecutivos como mínimo (contando el día en que fue admitido como paciente hospitalizado, pero sin contar el día en que recibió el alta).
- Si usted no estuvo hospitalizado durante 3 días y necesita atención médica luego de recibir el alta, pregunte si puede recibir atención en otros lugares (como atención de la salud en el hogar) o si algún otro programa (como Medicaid o los Beneficios de veteranos) pueden cubrir su atención en un SNF. **Siempre pregúntele a su médico o al personal del hospital si Medicare cubrirá su estadía en un SNF.**

¿Cómo afectan los servicios de observación del hospital la cobertura de mi atención en un SNF?

Su médico puede ordenar "servicios de observación" que lo ayudan a decidir si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Mientras recibe servicios de observación en el hospital, se lo considera un paciente ambulatorio. **Esto significa que usted no puede contar este tiempo como parte de los 3 días de estadía en el hospital necesarios para que Medicare cubra su atención en un SNF.**

Para obtener más información acerca de cómo Medicare cubre la atención en un SNF, visite Medicare.gov/publications y consulte el folleto "Cobertura de atención en centros de cuidados especializados de Medicare".

A continuación, se describen algunas situaciones comunes que pueden determinar la cobertura de su atención en un SNF:

Situación	¿Se cubre mi estadía en un centro SNF?
Llega al Departamento de Emergencias y se lo admite formalmente como paciente hospitalizado con la orden de un médico por un período de 3 días. El cuarto día recibe el alta hospitalaria.	Sí. Porque su estadía cumple con el requisito de 3 días de hospitalización para que se cubra la atención en un SNF.
Llega al Departamento de Emergencias y recibe servicios de observación durante un día. Luego, es formalmente admitido como paciente hospitalizado durante 2 días más.	No. Aunque haya permanecido 3 días en el hospital, se lo consideró paciente ambulatorio mientras recibió atención en el ED y servicios de observación. Estos días no cuentan para reunir los 3 días de hospitalización requeridos.

RECUERDE: *Todos los días que permanezca en el hospital como paciente ambulatorio (antes de ser admitido formalmente como paciente hospitalizado en virtud de la orden del médico) no cuentan como días en los que permaneció como paciente hospitalizado. La estadía como paciente hospitalizado comienza el día en el que es formalmente admitido al hospital con la orden de un médico. Ese es su primer día como paciente hospitalizado. El día que recibe el alta no se cuenta como día en el que permaneció hospitalizado.*

¿Cuáles son mis derechos?

Independientemente de qué cobertura de Medicare tenga, usted tiene ciertos derechos garantizados. Como beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a:

- Que le respondan sus preguntas sobre Medicare.
- Recibir información sobre sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones de tratamiento.
- Ser notificado sobre decisiones referidas al pago o los servicios de atención médica, o a la cobertura de medicamentos recetados.
- Pedir que se revisen (apelar) ciertas decisiones sobre el pago de su atención médica, la cobertura de servicios o la cobertura de medicamentos recetados.
- Presentar reclamos (en algunos casos denominados "quejas"), incluyendo reclamos sobre la calidad de la atención médica recibida.

Para obtener más información acerca de sus derechos, los distintos niveles de apelación, y las notificaciones de Medicare, visite [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals) para consultar el folleto "Sus derechos y protecciones como beneficiario de Medicare". También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

¿Dónde puedo obtener más ayuda?

- Si necesita ayuda para comprender su estatus hospitalario, converse con su médico o personal del hospital o del departamento de planificación del alta.
- Para obtener más información sobre la cobertura de la Parte A y B, lea el manual "Medicare y usted" o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos autoadministrados, consulte la publicación "Cómo cubre Medicare los medicamentos autoadministrados brindados en centros ambulatorios del hospital" visitando el sitio [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) o llame al 1-800-MEDICARE para obtener una copia en forma gratuita.
- Para hacer preguntas o realizar reclamos sobre la calidad de atención de un servicio cubierto por Medicare, llame a su Organización para la Mejora de la Calidad (QIO). Visite el sitio **Medicare.gov/contacts** o llame al **1-800-MEDICARE** para que le den el número telefónico.
- Para hacer preguntas o realizar reclamos sobre la calidad de atención o la calidad de vida en un hogar de ancianos, llame al Organismo de Estadísticas del Estado (State Survey Agency). Visite el sitio [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) o llame al **1-800-MEDICARE** para que le den el número telefónico.

Para el plan Medicare y para el plan de Atención Administrada de Medicare, informe cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención que recibe a la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) que se menciona a continuación:

Livanta

Teléfono: inglés y español 1-866-815-5440, TTY inglés y español 1-866-868-2289

Notificación de Observación Ambulatoria de Medicare (MOON)

Medicare Outpatient Observation Notice (MOON)

Nombre del paciente:

Número de paciente:

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

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

el alta de este hospital en 2 días o menos. Las normas de Medicare solo permiten la admisión hospitalaria para los pacientes que se prevé que requerirán más de 2 días de atención hospitalaria. Usted continuará siendo un paciente ambulatorio a menos que algún cambio en su condición o su plan de atención médica parezca requerir una estadía más prolongada en el hospital.

La condición de paciente ambulatorio puede tener incidencia sobre lo que usted paga en un hospital.

- Como paciente ambulatorio, su estadía de observación se cubre bajo la Parte B de Medicare.
- Para los servicios de la Parte B, usted generalmente paga:
 - Un copago por cada uno de los servicios ambulatorios que recibe en el hospital. Los copagos de la Parte B pueden variar según el tipo de servicio.
 - El 20% del monto aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios médicos, después del deducible de la Parte B.

Los servicios de observación pueden tener incidencia sobre la cobertura y los pagos de su atención médica una vez que se retire del hospital:

- Si necesita atención en un centro de cuidados especializados (SNF) después del alta hospitalaria, Medicare Parte A solo cubrirá la atención en un SNF si usted ha tenido una estadía hospitalaria necesaria desde el punto de vista médico de una duración de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionada. Una hospitalización comienza el día en que el hospital admite al individuo como paciente hospitalizado basándose en una orden emitida por un médico y no incluye el día en que se le proporciona el alta.
- Si usted tiene Medicaid, un plan de Medicare Advantage u otro plan de salud, es posible que Medicaid o su plan tengan normas diferentes para la cobertura de servicios de atención médica en un centro SNF después de su alta hospitalaria. Consulte a Medicaid o a su plan.

NOTA: La Parte A de Medicare generalmente no cubre los servicios ambulatorios de hospital, como una estadía de observación. No obstante, la Parte A generalmente cubre los servicios de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico si el hospital admite al individuo como paciente hospitalizado basándose en una orden emitida por un médico. En la mayoría de los casos, esto significa que el paciente debe pagar un deducible por única vez para todos los servicios de hospitalización que recibe durante los primeros 60 días de estadía hospitalaria.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de observación, consulte al miembro de personal del hospital que le proporcionó esta notificación o al médico que lo atiende. También puede solicitar hablar con algún miembro del área de operaciones (utilization) del hospital o del departamento de planificación del alta.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sus costos por medicamentos:

En general, los medicamentos de venta bajo receta y de venta libre, incluidos los “medicamentos autoadministrados”, que usted recibe en un entorno hospitalario ambulatorio (como el departamento de emergencias) no están cubiertos por la Parte B. Los “medicamentos autoadministrados” son los medicamentos que usted normalmente tomaría. Por razones de seguridad, muchos hospitales no permiten que los pacientes tomen medicamentos que traen de su hogar. Si usted tiene un plan de medicamentos de venta bajo receta de Medicare (Parte D), es posible que su plan le ayude a pagar por los medicamentos que reciba durante su estadía de observación. Es posible que deba pagar el costo de estos medicamentos de su propio bolsillo y luego deba presentar un reclamo a su plan de medicamentos para obtener un reembolso. Contáctese con su plan de medicamentos para obtener más información.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) u otro plan de salud de Medicare (Parte C), es posible que sus costos y su cobertura sean diferentes. Consulte a su plan para averiguar qué cobertura tiene para servicios de observación ambulatoria.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare a través del programa estatal de Medicaid, no se le pueden cobrar deducibles, coseguros ni copagos de la Parte A o la Parte B.

Información adicional (opcional):

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

- La información relacionada con Medicare no se aplica a usted.
 - La presente notificación tiene el objeto de informarle que usted está recibiendo Servicios de Observación. No se lo/a admitió en el hospital.
 - El estatus de observación puede afectar su cobertura de seguro para los servicios hospitalarios actuales, incluidos los medicamentos y otros suministros farmacéuticos, así como también la cobertura de cualquier atención brindada después de recibir el alta por un centro de enfermería especializada o mediante la atención domiciliaria y comunitaria.
 - Comuníquese con su plan de seguro para obtener información específica acerca de las consecuencias que los Servicios de Observación pueden tener en la cobertura de su seguro.
 - Me han explicado esta notificación de forma verbal, o se la han explicado de forma verbal a mi representante.
-

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

X

Firma del paciente o el representante correspondiente

Hora / Fecha

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

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

IV. Organización Healthix de intercambio de información de salud

¿Qué es Healthix?

Healthix, la mayor organización de intercambio de información de salud del Estado de Nueva York, permite compartir electrónicamente información de salud entre proveedores de atención médica (incluyendo hospitales, centros de atención médica de largo plazo, agencias de atención médica en el hogar y médicos comunitarios) de la ciudad de Nueva York, Long Island y las zonas aledañas.

Cada proveedor individual de atención médica almacena información acerca de la salud de sus pacientes, en forma de registros ya sea físicos o de sistemas de computación; por lo general, sólo el proveedor tiene acceso a esa información. Si usted recibe atención médica de más de un médico, lo más probable es que sus registros estén almacenados en muchos lugares diferentes; eso hace que sea difícil extraerlos como un conjunto para tener una visión total de su salud.

Healthix utiliza tecnologías que permiten compartir sus registros médicos a través de una red informática segura, a la que tienen acceso los proveedores de atención médica que lo atienden (incluyendo médicos, enfermeras y otros). Dichas tecnologías ayudan a sus proveedores de atención médica, como los médicos que lo atienden, a poner su información médica a disposición de otros proveedores que usted haya elegido, a fin de suministrarle una mejor atención.

Procedimiento de participación

Su proveedor de atención médica podría pedirle un "consentimiento" (autorización) de acceso a sus datos personales de salud a través de Healthix.

Al dar su consentimiento, usted tiene el derecho de decidir quiénes pueden tener acceso a su información de salud a través de Healthix. Si su médico u otros proveedores de atención médica participan en Healthix, ellos le entregarán un formulario de consentimiento; usted puede decidir si se les permite ver su información médica a fin de suministrarle una mejor atención.

Usted tiene el derecho de anular su consentimiento en todo momento. Al hacerlo su médico u otros proveedores de atención médica NO tendrán acceso a la información de salud de usted a través de Healthix, aún en emergencias.

Su decisión de otorgar o denegar su consentimiento no afecta su derecho a la atención de salud ni de tener cobertura de seguro médico.

Protección de su información de salud

A muchas personas les preocupa lo relativo a la privacidad y la seguridad cuando se trata de su salud. Healthix tiene implementadas sólidas políticas de privacidad, y ha alcanzado el estado de certificación HITRUST CSF que demuestra que sus sistemas satisfacen los requisitos regulatorios claves y los requisitos establecidos en la industria en cuanto a la protección de la privacidad de los registros electrónicos de salud. Cosas que debe saber:

- Sólo las organizaciones de ejercicio profesional y otras que usted haya indicado en el formulario de consentimiento tendrán acceso a sus registros a través de Healthix.
- Todos los proveedores que participan en Healthix están obligados a regirse por las leyes federales y del estado de Nueva York acerca de la privacidad y de la confidencialidad.
- Usted puede solicitar una lista de todos los proveedores que participan en Healthix que hayan tenido acceso a sus registros.
- En caso de producirse el acceso indebido a sus registros, se le informará y se tomarán medidas de corrección y de mitigación del incidente.
- Las leyes autorizan el acceso a la información de salud acerca de pacientes por parte de organizaciones federales, estatales y locales de salud pública y de trasplante de órganos aún sin contar con consentimientos, en el caso de algunas situaciones de salud pública y de trasplante de órganos.

Retiro y denegación de consentimientos

Si usted otorgó su consentimiento en el pasado, puede no obstante retirarlo en todo momento; para ello, firme un *formulario de retiro de consentimiento (Withdrawal of Consent)* y entréguelo a su proveedor de atención médica o a Healthix. Este formulario y otros están disponibles en el sitio en la Internet de Healthix, en www.healthix.org

Si desea denegar el acceso a todos los proveedores de atención médica y planes de salud que participan en Healthix puede comunicarse con nosotros a la dirección compliance@healthix.org o al teléfono **1-877-695-4749 / Opción 2**

Para aprender más acerca de Healthix y para recibir una lista completa de las organizaciones participantes visítenos en la Internet en: www.healthix.org o comuníquese con nosotros a la dirección info@healthix.org

Toda correspondencia por correo físico debe enviarse a la siguiente dirección:
Healthix, 551 North Country Road, Suite 206, St. James, NY 11780

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

**Autorización de acceso a información del paciente
a través de una organización de intercambio de información de salud**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que **Stony Brook University Hospital** (incluidos sus agentes) acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley HIPAA [Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud] y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en www.healthix.org.

Se podrá acceder a mi información en casos de emergencia a menos que llene este formulario y marque la casilla 3, la cual establece que no doy mi consentimiento, *aun* en situaciones de emergencia.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

<p>Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que Stony Brook University Hospital acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA para que Stony Brook University Hospital acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Stony Brook University Hospital acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, <i>aun en situaciones de emergencia médica</i>.</p>

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podré hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando a Healthix al 877-695-4749.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:

1. **Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
 - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
 - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.

2. **Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de abuso de alcohol o drogas y diagnóstico • Control de natalidad y abortos (planificación familiar) • Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas) • VIH/SIDA • Enfermedades mentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de transmisión sexual • Medicación y dosis • Información sobre el diagnóstico • Alergias • Informes sobre la historia de uso de sustancias • Observaciones clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes sobre altas hospitalarias • Información laboral • Composición familiar • Apoyo social • Registros clínicos sobre reclamos • Pruebas de laboratorio
--	---	--

3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En Healthix podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder a una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando al 877-695-4749.

4. **Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.

5. **Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de Healthix con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.

6. **Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, llame a la organización proveedora al **631-444-5796**; o visite el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

7. **Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.

8. **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, el día de su fallecimiento o hasta que Healthix deje de funcionar. En caso de que Healthix se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.

9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Healthix mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.

10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.

V. Pago de su Atención en el Hospital de la Universidad de Stony Brook

Cuando usted ingresa como paciente al Hospital de la Universidad de Stony Brook para recibir atención que no es de emergencia, tiene derecho a recibir información sobre cómo se le facturarán los servicios que recibe. Esto es de particular importancia si recibe servicios que no figuran en la red de su plan de salud o si no se encuentra cubierto por un plan de salud.

Pacientes hospitalizados: Stony Brook participa como proveedor en varias redes de planes de salud. Sin embargo, algunos planes de salud utilizan pequeñas redes para determinados servicios que ofrecen, de modo que es importante que verifique si participamos en su plan específico.

stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/plans

Servicios médicos mientras permanece en el hospital: Los servicios médicos que recibe mientras permanece en el hospital no se incluyen en los cargos del hospital. Los médicos que brindan servicios en Stony Brook pueden ser médicos voluntarios independientes. Si su médico no participa en su plan específico, es posible que usted desee elegir otro médico que sí lo haga.

stonybrookmedicine.edu/find-a-doctor

stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/md-charges

Atención especializada u otros servicios mientras permanece hospitalizado: Stony Brook tiene contrato con varios grupos de médicos tales como, anesthesiólogos, radiólogos y patólogos, para que brinden servicios en nuestro hospital. Usted debe comunicarse directamente con dichos grupos para averiguar qué planes de salud aceptan.

stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/contract-charges

Comprender los cargos del hospital: Creamos una lista de cargos para los procedimientos del hospital más comunes como muestra. Por favor, tenga presente que estos cargos son solo ejemplos. Existen diferentes factores que afectan lo que debe pagar el paciente dependiendo del contrato específico que el plan de salud, la compañía aseguradora u otro pagador (como Medicare) tenga con nosotros. Los pacientes asegurados que se encuentran dentro de la red generalmente son responsables de pagar solo los copagos, el coseguro y/o los deducibles.

stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/charges

Si usted no tiene seguro de salud: Comuníquese con nuestra Oficina de Asistencia Financiera para averiguar si puede recibir ayuda para pagar las facturas del hospital llamando al **631-444-4331**.

stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/financial-assistance

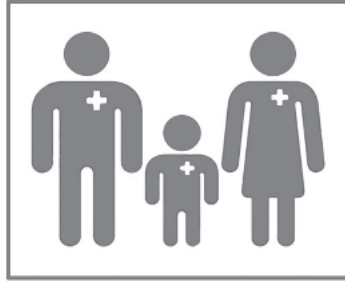
Puede encontrar más información sobre las tarifas de nuestro hospital visitando

stonybrookmedicine.edu/patientcare/oon/charges

VI. ¿Cambió Algo?



Nueva Dirección de Casa
Nuevo Número de Teléfono
Nueva Dirección Electrónica



Tuvo otro niño o adoptó un niño
El niño mueve dentro o fuera de casa
Una Muerte en la Familia
Cambino en el estado civil legal



Nueva médico de atención primaria



Cuando usted tiene una nueva farmacia

Para ayudar a asegurar que su información del paciente está en orden y al día y que está correctamente factura, por favor proporcione la siguiente información hoy en día o tan pronto como sea posible. Gracia

- Dirección de correo
- Número de Teléfono primario y secundario
- Dirección de correo electrónico
- Nombre del Empleador / Dirección / Número de Teléfono
- Nombre de la Persona mas Cercana/Dirección / Número de Teléfono
- Nombre del Contacto de Emergencia / Dirección / Número de Teléfono
- Nombre de la Persona que tiene la Póliza de Seguro / Número de Identificación
- Fecha de Nacimiento de Quien tiene la Póliza de Seguro / Número de Teléfono
- Número de Identificación (ID) de la Póliza de Seguro
- Dirección de Correo de la Póliza de Seguro
- Número de Teléfono de la Poliza de Seguro
- Médico Primario
- Farmacia

Puede enviar información actualizada de forma segura a través del Portal del paciente de MyHealthLife Stony Brook Medicine (Vaya a "Mensajes, seleccione" Bandeja de entrada "y envíela a: Acceso al paciente: solicitud de actualización de información del paciente).

Para completar o actualizar su información, por favor visite una de nuestras ubicaciones de acceso del paciente o llame al 631-444-1870.

Laboratorio satellite de Stony Brook

Horas:
Lunes – Viernes 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
**3 Technology Drive
East Setauket, NY 11733**

Oficina de registro de acceso de pacientes

Horas:
Lunes – Viernes 6:30 a.m. – 6:00 p.m.
Sábado – Domingo 8:00 a.m. – 4:00 p.m.
**Stony Brook University Hospital
101 Nicolls Road
Stony Brook, NY 11794
Nivel 5 (Piso principal)**

Servicios preoperatorios de Stony Brook

Horas:
Lunes – Viernes 8:00 a.m. – 4:00 p.m.
**1320 Stony Brook Road, Suite E
Stony Brook, NY 11794**

VII. Números Telefónicos Útiles

Programa de asistencia económica	631-444-4331
• Pagos a lo largo de períodos prolongados	631-444-4140
HealthConnect	631-444-4000
<i>HealthConnect suministra un vínculo directo a médicos y servicios médicos de Stony Brook. Los pacientes pueden llamar y recibir información acerca de servicios médicos, servicios de médicos y para la programación de citas.</i>	
Facturación a pacientes / Servicios hospitalarios	631-444-4151
Relaciones con pacientes y con huéspedes	631-444-2880
Servicios económicos a pacientes (incluyendo solicitudes de Medicaid)	631-444-7583
Facturación de médicos	631-444-4800
Inscripción previa	631-444-1870
Switchboard	631-689-8333



Stony Brook Medicine

stonybrookmedicine.edu



La Universidad de Stony Brook/SUNY proveen educación y empleo mediante políticas de acción afirmativa e igualdad de oportunidades.

Revised September 2023