

# PACIENTE \_ REGISTRO \_



## PATIENT INFORMATION

Ultimo Nombre: \_\_\_\_\_ Primero Nombre: \_\_\_\_\_ Medio Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Seguridad Número: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Hogar Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajar Teléfono: \_\_\_\_\_ Célula Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico Dirección: \_\_\_\_\_ Preferida Método a Contacto tu: \_\_\_\_\_

Estado:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo

La raza:  africano americano/negro  Asiático  Caucásico/Blanco  Nativo de H a w á i /isleño del P a c í f i c o  Otro

RechazoEtnicidad:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

## EMERGENCY CONTACTS

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### GARANTE INFORMACIÓN (o Persona Responsable por Menor)

Ultimo Nombre: \_\_\_\_\_ Primero Nombre: \_\_\_\_\_ Medio Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Hogar Teléfono: \_\_\_\_\_

Trabajo Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Seguridad Número: \_\_\_\_\_

## INSURANCE INFORMATION

Es su visitar con a nosotros relacionado a a trabajar lesión o ¿enfermedad? **SÍ NO**

**PRIMARIO SEGURO EMPRESA NOMBRE :** \_\_\_\_\_

**Política Número:** \_\_\_\_\_ **Grupo Número:** \_\_\_\_\_

**Si Tricare:**  Activo Estándar  Activo Principal  Retirado Estándar  Retirado Principal

**POLÍTICA POSEEDOR INFORMACIÓN**  Consultar aquí si Política Poseedor es mismo como Garante señalado arriba

Ultimo Nombre: \_\_\_\_\_ Primero Nombre: \_\_\_\_\_ Medio Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Seguridad Número: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Empleador/Lugar de Trabajar: \_\_\_\_\_

**SECUNDARIO SEGURO EMPRESA NOMBRE :** \_\_\_\_\_

**Política Número:** \_\_\_\_\_ **Grupo Número:** \_\_\_\_\_

**Si Tricare:**  Activo Estándar  Activo Principal  Retirado Estándar  Retirado Principal

**Si Seguro médico del estado:**  Todavía laboral de Esposa posee Empleador Grupo Salud Plan   
 Desactivado Beneficiario por debajo sesenta y cinco años de años

**POLÍTICA POSEEDOR INFORMACIÓN**  Consultar aquí si Política Poseedor es mismo como Garante señalado arriba

Ultimo Nombre: \_\_\_\_\_ Primero Nombre: \_\_\_\_\_ Medio Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Seguridad Número: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Empleador/Lugar de Trabajar: \_\_\_\_\_

## OFICINA POLÍTICAS Y PACIENTE MANUAL DE RESPONSABILIDADES

### **FACTURA DEL PACIENTE O DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:**

Creemos que todos los pacientes que reciben servicios de Allergy Asthma & Immunology of East Alabama deben ser informados de sus derechos.

Por lo tanto, usted tiene derecho a :

- Estar completamente informado con anticipación sobre la atención/servicio que se brindará, incluidas las disciplinas que brindan atención y la frecuencia de las visitas, así como cualquier modificación al plan de servicio.
- Estar informado de sus responsabilidades financieras antes de que se brinde el servicio o la atención. Se informará a los beneficiarios de Medicare si no se acepta la asignación.
- Recibir información sobre el alcance de los servicios que proporcionará la organización y las limitaciones específicas de esos servicios
- Participar en el desarrollo y revisión periódica del plan de servicio.
- Rechazar la atención o el tratamiento después de que se hayan presentado plenamente las consecuencias de rechazar la atención o el tratamiento
- Estar informado de los derechos del paciente bajo la ley estatal para formular una directiva anticipada, si corresponde
- Que la propiedad y la persona sean tratadas con respeto, consideración y reconocimiento de la dignidad e individualidad del paciente.
- Ser capaz de identificar a los miembros del personal visitante a través de una identificación adecuada.
- Estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas las lesiones de fuente desconocida y la apropiación indebida de la propiedad del paciente.
- Expresar quejas/quejas sobre el tratamiento o la atención, la falta de respeto a la propiedad o recomendar cambios en la política, el personal o la atención/servicio sin restricción, interferencia, coerción, discriminación o represalia.
- Tener quejas/quejas sobre el tratamiento o la atención que se proporciona (o no se proporciona), o la falta de respeto a la propiedad investigada
- Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en el expediente del paciente y de la Información de Salud Protegida
- Ser informado sobre las políticas y procedimientos de la instalación con respecto a la divulgación de registros clínicos.
- Elegir un proveedor de atención médica, incluida la elección de un médico tratante, si corresponde
- Recibir la atención adecuada sin discriminación de acuerdo con las órdenes del médico, si corresponde
- Ser informado de cualquier beneficio financiero cuando se le remita a una organización
- Estar completamente informado de sus responsabilidades.

### **RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

- El paciente envía los formularios necesarios para recibir los servicios.
- El paciente proporciona información médica y de contacto precisa y cualquier cambio.
- El paciente notifica al proveedor tratante de su participación en los servicios proporcionados por el centro.
- El paciente notifica al centro cualquier inquietud sobre la atención o los servicios prestados.

Cuando el paciente no puede tomar decisiones médicas o de otro tipo, se debe consultar a la familia para recibir instrucciones.

### **SEGURO FACTURADO Y TARIFA**

**Su póliza de seguro de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguros de salud. Allergy Asthma & Immunology of East Alabama, LLC no es parte de ese contrato. Nuestra relación es contigo, no tu compañía de seguros. Como cortesía para usted, presentamos los reclamos directamente a su compañía de seguros. Estamos asociado con la mayoría común seguro compañías. Si su seguro empresa es no listado en nuestro sitio web, después por favor pregunte si nosotros son capaz de presentar reclamación (es con su seguro antes de los servicios son prestado.**

**deducibles, copagos, y coseguro son requerido por su salud seguro empresa y fueron acordado por usted cuando aceptó su contrato de seguro. Allergy Asthma & Immunology of East Alabama debe contratar con compañías de seguros aceptando cobrar dichos deducibles, copagos y coseguros para participar con su plan de seguro. Los copagos y coseguros deben cobrarse en el momento en que se prestan los servicios. Habrá \$15 tarifa si nosotros deber facturarte por la copago o coseguro si no pagado en El día de Servicio.**

Su compañía de seguros le enviará un informe (Explicación de beneficios o Informe de reclamo procesado) que muestra qué nosotros cargado, que ellos equilibrado por contratado Velocidad, y qué ellos pagado en su beneficio. Este es no a factura o declaración de Allergy Asthma & Immunology of East Alabama. Recibimos un documento similar y debemos procesar esta información, revisar el reclamo y volver a presentar el reclamo si es necesario. Como resultado, las declaraciones de Allergy Asthma & Immunology of East Alabama a menudo se retrasan dos meses o más, ya que intentamos cobrar de su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no ha pagado a Allergy Asthma & Immunology of East Alabama el cargos presentados dentro de los 90 días, entonces usted será responsable por el monto total cobrado y deberá buscar reembolso directo de su seguro empresa.

**Si su seguro requiere tú a ser visto por su primario cuidado médico antes de siendo referido a Alergia, asma e inmunología del este de Alabama, como el plan Point of Service de East Alabama Medical Center, entonces es su**

**responsabilidad hacer esto en ventaja.** Con dichos planes, su proveedor de atención primaria debe generar todas las remisiones para cualquier especialista, visita a la sala de emergencias, x- estudio de rayos o procedimiento ambulatorio. De lo contrario, su plan de seguro rechazará el reclamo y los cargos serán su responsabilidad. Además, para tales planes, si un especialista recomienda otro médico o prueba, usted aún debe obtener la remisión de su médico de atención primaria o se denegará el reclamo y el costo será su responsabilidad. Las referencias deben hacerse antes de una visita; sin embargo, se pueden hacer referencias retroactivas en casos emergentes. situaciones como definido por su plan y reglamentos publicados por su primario médico de atención.

Como nuestro paciente, queremos brindarle la mejor atención posible. A menudo, necesitamos diagnosticar condiciones por pruebas, tal como piel pruebas por alergias o laboratorio pruebas por urticaria y tratar condiciones usando medicamentos y tiros. Nosotros consideramos estas diagnóstico y tratamiento protocolos como estándar de cuidado y médicamente necesario.

Desafortunadamente, hay algunos planes de seguro que tienen un tope de \$200 por año sobre lo que pagarán cuando proviene a alergia pruebas y tratamiento, o ellos simplemente rechazar a pagar por a procedimiento o tratamiento que ellos puede considerar médicamente innecesario. Es esencialmente imposible para nosotros saber qué planes de seguro mantienen dichas políticas. Más bien, es usted, el titular de la tarjeta, quien es responsable de estar al tanto de las condiciones de su compañía de seguros. pólizas de cobertura. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio en particular está cubierto o no, por favor consulte primero con su compañía de seguros. Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que su seguro los cubre. Si su compañía de seguros no cubre las vacunas contra la alergia, entonces puede hablar con nuestro departamento de facturación. Departamento a pago plan.

**Tenga en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros requieren que alcance su deducible antes de su comienzo la cobertura.** Es esencialmente imposible para nosotros saber cuál es su deducible, que varía de cero a miles de dólares dependiente en su seguro escribe.

Los pacientes que pagan por cuenta propia deben pagar los servicios en su totalidad en el momento en que se prestan. Los planes de pago no están disponibles. por oficina visitas. En caso de divorcio o separación, la fiesta responsable por la cuenta previo a la divorcio o separación restos responsable de la cuenta. Después de un divorcio o separación, el padre que autorice el tratamiento para un niño será el padre responsable de los cargos subsiguientes. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre pague todos o parte del tratamiento costos, eso es la autorizando padres responsabilidad a recoger que Monto de la otro padre. Si tú tener un no pagado balance sobre 60 días, tú voluntad ser requerida para pagar su balance en completo antes de siendovisto en nuestro oficina.

Hay un cargo de \$25 por un cheque devuelto o cualquier pago que no se liquide correctamente por cualquier motivo. Esta comisión compensa la comisión que cobra nuestro banco, tal y como establece la ley. Esta tarifa es adicional al pago que estaba siendo realizado por el cheque devuelto. Nos reservamos el derecho de contactar al Fiscal de Distrito del Condado de Lee Unidad de cheques sin valor para recibir asistencia en el cobro de estos pagos de conformidad con la Sección 12A-9-13.2 del Código de Alabama.

Si su registros deber ser enviado a otro médico o organización, Entonces un firmado escrito solicitud es requerido y ala tarifa de copia de \$ 1.00 por página durante las primeras 25 páginas y \$ 0.50 por página a partir de entonces se pagará en su totalidad. los El formulario de divulgación de registros médicos, que es un requisito de HIPAA, está disponible en nuestra oficina y en nuestro sitio web en Infusioncare.org.

Se le proporcionará un recibo por un pago de copago o coseguro el día del servicio solamente. si unel recibo es solicitado en un luego día, habrá ser a \$1 cobrar por recibo.

Cualquier crédito o reembolso que se le deba se aplicará a cargos futuros por Allergy Asthma & Immunology of East Alabama. Si no hay cargos en el subsecuente 12 meses período, después puedes recibir la crédito o reembolso por contactando nuestro facturación Departamento.

La política de nuestra oficina es suspender la evaluación y el tratamiento médico de cualquier paciente que tenga un saldo pendiente de \$250.00 o más.

los siguiendo son Tarifa que deber ser pagado antes de la papeleo voluntad ser liberado a la paciente:

- FMLA - \$25.00
- Detallado Carta / Declaración / Forma - \$20.00
- A \$5.00 tarifa voluntad ser cargado si la papeleo / forma necesidades a ser acelerado (5 negocio días)

### **CANCELACIÓN Y NO PRESENTACIÓN POLÍTICAS**

Eso es la política de Alergia, asma e inmunología del este de Alabama que pacientes necesitar para reportar para ellos programado equipo. En la caso que a el paciente no puede asistir a la cita programada, el paciente debe avisar al frente con 24 horas de anticipación personal de la oficina llamando al (334) 528-0078, de lo contrario, su expediente se marcará

como No-Show para esa visita. En el caso de que no se dé un aviso de 24 horas, se aplicarán las siguientes tarifas: \$50 por visita al consultorio perdida o hasta \$50 por procedimiento programado perdido. Se le notificará dicha tarifa, que vencerá antes de la próxima fecha programada. cita.

### **TERMINACIÓN POLÍTICA**

ALERGIA, ASMA E INMUNOLOGÍA DEL ESTE DE ALABAMA reserva la Correcto a Terminar nuestra relación con la paciente si:

- Tres (3) o más equipo son omitido consecutivamente
- Tres (3) o más equipo son omitido en a doce (12) período del mes.
- los paciente lo hace no seguir la adecuado pautas de terapia como dirigido por la médico(s), incluido pero no limitado a controlador de asma medicamentos y alergia tiros
- los del paciente o el del paciente los cuidadores comportamiento y/o comportamiento son ofensivo a Alergia, Asma e Inmunología del Este de Alabama Personal o Alergia, asma e inmunología del este de Alabama Pacientes.

### **LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO QUEST**

- Los análisis realizados dentro de nuestra oficina se procesan y facturan a su seguro a través de un tercero, Quest Diagnostics. Si su seguro requiere que sus laboratorios sean procesados por una compañía diferente, notifique a nuestro personal.
- Cualquier pregunta sobre una factura de Quest Diagnostics, comuníquese con ellos al (866) 697-8378

### **AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVIÉLO CUIDADOSAMENTE.

### **NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD**

Es nuestro deber mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida (PHI). Crearemos registros sobre usted y el tratamiento y servicio que le brindamos. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su PHI, que incluye cualquier información de identificación individual que obtengamos de usted u otros que se relacione con su salud física o mental pasada, presente o futura, la atención médica que ha recibido o el pago de su cuidado de la salud. Compartiremos información de salud protegida entre nosotros, según sea necesario, para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica relacionadas con los servicios que se prestarán en el centro.

Según lo exige la ley, este aviso le brinda información sobre sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de la PHI. Este aviso también analiza los usos y divulgaciones que haremos de su PHI. Debemos cumplir con las disposiciones de este aviso tal como están vigentes actualmente, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y hacer que el aviso revisado entre en vigencia para toda la PHI que mantenemos. Siempre puede solicitar una copia escrita de nuestro aviso de privacidad más reciente a nuestro Oficial de Privacidad.

### **USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS**

Podemos usar o divulgar su PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías de usos y divulgaciones, proporcionamos una descripción y un ejemplo a continuación. Sin embargo, no se enumerarán todos los usos o divulgaciones particulares en todas las categorías.

Tratamiento significa brindar servicios según lo ordenado por su médico. El tratamiento también incluye coordinación y consultas con otros proveedores de atención médica en relación con su atención y remisiones para atención médica de un proveedor de atención médica a otro. También podemos divulgar PHI a entidades externas que presten otros servicios relacionados con su tratamiento, como hospitales, laboratorios de diagnóstico, agencias de salud en el hogar o de cuidados paliativos, etc.

Pago significa las actividades que llevamos a cabo para obtener el reembolso de la atención médica que se le brindó, incluida la facturación, los cobros, la gestión de reclamos, la aprobación previa, las determinaciones de elegibilidad y cobertura y otras actividades de revisión de utilización. La ley federal o estatal puede exigirnos que obtengamos una autorización por escrito de usted antes de divulgar cierta PHI especialmente protegida para fines de pago, y le pediremos que firme una autorización, cuando sea necesario, según la ley aplicable.

Operaciones de atención médica se refiere a las funciones de apoyo del centro, relacionadas con el tratamiento y el pago, como actividades de control de calidad, gestión de casos, recepción y respuesta a comentarios y quejas de pacientes, revisiones de médicos, programas de cumplimiento, auditorías, planificación comercial, desarrollo, gestión, y actividades administrativas. Podemos usar su PHI para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando lo atienden. También podemos combinar la PHI de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar PHI con fines de revisión y aprendizaje. Además, podemos eliminar información que lo identifique para que otros puedan usar la información anonimizada para estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quién es usted.

### **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

También podemos usar su PHI de las siguientes maneras:

- Para proporcionar recordatorios de citas para tratamiento o atención médica.
- Para informarle o recomendar posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

- Para divulgar a su familia o amigos o cualquier otra persona identificada por usted en la medida directamente relacionada con la participación de dicha persona en su atención o el pago de su atención. Podemos usar o divulgar su PHI para notificar o asistir en la notificación de un miembro de la familia, un representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación, condición general o muerte. Si está disponible, le daremos la oportunidad de oponerse a estas divulgaciones, y no haremos estas divulgaciones si se opone. Si no está disponible, determinaremos si una divulgación a su familia o amigos es lo mejor para usted, teniendo en cuenta las circunstancias y basándonos en nuestro juicio profesional.

Cuando lo permita la ley, podemos coordinar nuestros usos y divulgaciones de PHI con entidades públicas o privadas autorizadas por ley o por estatuto para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre.

Permitiremos que su familia y amigos actúen en su nombre para recoger recetas surtidas, suministros médicos, radiografías y formas similares de PHI, cuando determinemos, a nuestro juicio profesional, que lo mejor para usted es hacer tales divulgaciones. .

Es posible que nos comuniquemos con usted como parte de nuestros esfuerzos de recaudación de fondos y marketing según lo permita la ley aplicable. Tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones de recaudación de fondos.

Podemos usar o divulgar su PHI con fines de investigación, sujeto a los requisitos de la ley aplicable. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparaciones de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento en particular. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial que equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad del paciente. Cuando sea necesario, obtendremos una autorización por escrito de usted antes de utilizar su información de salud para la investigación.

Usaremos o divulgaremos su PHI cuando así lo exija la ley aplicable.

De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar su PHI a su empleador si nos contratan para realizar una evaluación relacionada con la vigilancia médica de su lugar de trabajo o para evaluar si tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Su empleador o el centro le notificarán estas divulgaciones, según lo exija la ley aplicable.

Nota: A veces ocurren usos y divulgaciones incidentales de la PHI y no se consideran una violación de sus derechos. Los usos y divulgaciones incidentales son subproductos de usos o divulgaciones permitidos que son de naturaleza limitada y no pueden prevenirse razonablemente.

### **Farmacia Beneficio administración (PBM)**

Prescripción electrónica es definido como a médico capacidad a electrónicamente enviar un preciso, error libre, y comprensible prescripción directamente a a farmacia. Medicamento Historial de transacciones proveer la médico con información sobre medicamentos que la paciente es ya tomando prescrito por ningún proveedor, a minimizar la número de adverso droga eventos. Por firmando esto consentir, tú son estar de acuerdo que Alergia, asma e inmunología del este de Alabama pueden solicitud y usar su prescripción medicamento historia de otro cuidado de la salud proveedores y/o tercero farmacia beneficio pagadores por óptimo tratamiento propósitos

### **SITUACIONES ESPECIALES**

Sujeto a los requisitos de la ley aplicable, haremos los siguientes usos y divulgaciones de su PHI:

- Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar PHI a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- Militares y Veteranos. Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI según lo exijan las autoridades del comando militar. También podemos divulgar PHI sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- Compensación del trabajador. Podemos divulgar su PHI para programas que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Actividades de salud pública. Podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública, incluidas las divulgaciones:
  - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
  - para informar nacimientos y defunciones.
  - para reportar abuso o negligencia infantil.
  - a personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de productos o servicios regulados por la FDA y para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
  - para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
  - notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente adulto ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si el paciente está de acuerdo o cuando lo exija o lo autorice la ley.

Actividades de vigilancia de la salud. Podemos divulgar PHI a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades (p. ej.,

brindar atención médica, buscar pagos y derechos civiles).

Juicios y Disputas. Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI sujeto a ciertas limitaciones.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar PHI si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- En respuesta a una orden judicial, autorización, citación o proceso similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Sobre la víctima de un crimen bajo ciertas circunstancias limitadas.
- Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva.
- Sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; o
- En circunstancias de emergencia, para denunciar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, médicos forenses y directores de funerarias. Podemos divulgar PHI a un médico forense o examinador médico. También podemos divulgar PHI sobre pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley o a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente o jefes de estado extranjeros.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para brindarle atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Amenazas graves. Según lo permitido por la ley aplicable y los estándares de conducta ética, podemos usar y divulgar PHI si, de buena fe, creemos que el uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o público o es necesario para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o detengan a una persona.

Nota: La información relacionada con el VIH, la información genética, los registros de abuso de alcohol y/o sustancias, los registros de salud mental y otra información de salud especialmente protegida pueden disfrutar de ciertas protecciones especiales de confidencialidad según las leyes estatales y federales aplicables. Cualquier divulgación de este tipo de registros estará sujeta a estas protecciones especiales.

### **OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Ciertos usos y divulgaciones de PHI se realizarán solo con su autorización por escrito, incluidos los usos y/o divulgaciones: (a) de notas de psicoterapia (cuando corresponda); (b) con fines de marketing; y (c) que constituyen una venta de PHI bajo la Regla de Privacidad. Otros usos y divulgaciones de PHI no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Tiene derecho a revocar esa autorización en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas en función de su autorización.

### **TUS DERECHOS**

Tiene derecho a solicitar restricciones sobre nuestros usos y divulgaciones de PHI para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que la divulgación sea a un plan de salud para recibir el pago, la PHI se refiera únicamente a sus artículos o servicios de atención médica por los cuales pagó la factura en su totalidad, y la divulgación es no requerido por la ley. Para solicitar una restricción, puede hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Tiene derecho a solicitar razonablemente recibir comunicaciones confidenciales de su PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Para hacer tal solicitud, puede enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar la PHI contenida en los registros de nuestras instalaciones, excepto:

- para notas de psicoterapia (es decir, notas que han sido registradas por un profesional de la salud mental que documentan las sesiones de asesoramiento y que han sido separadas del resto de su expediente médico).
- para la información recopilada con una anticipación razonable de, o para su uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo.
- para PHI que involucre pruebas de laboratorio cuando su acceso esté restringido por ley.
- si es un recluso y el acceso pondría en peligro su salud, seguridad, custodia o rehabilitación o la de otros reclusos, cualquier oficial, empleado u otra persona en la institución correccional o persona responsable de transportarlo.
- si obtuvimos o creamos PHI como parte de un estudio de investigación, su acceso a la PHI puede estar restringido mientras la investigación esté en curso, siempre que haya aceptado la denegación temporal de acceso al dar su consentimiento para participar en la investigación.
- para PHI contenida en registros mantenidos por una agencia federal o contratista cuando su acceso está restringido por ley; y

- para la PHI obtenida de alguien que no sea nosotros bajo una promesa de confidencialidad cuando sea razonablemente probable que el acceso solicitado revele la fuente de la información.

Para inspeccionar u obtener una copia de su PHI, puede enviar su solicitud por escrito al custodio de registros médicos. Si solicita una copia, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiar y enviar por correo sus registros, así como otros costos asociados con su solicitud. También podemos denegar una solicitud de acceso a la PHI en determinadas circunstancias si existe la posibilidad de que se produzca un daño para usted o para los demás. Si denegamos una solicitud de acceso para este propósito, tiene derecho a que se revise nuestra denegación de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.

Tiene derecho a solicitar una modificación de su PHI, pero podemos denegar su solicitud de modificación si determinamos que la PHI o el registro objeto de la solicitud:

- no fue creado por nosotros, a menos que proporcione una base razonable para creer que el autor de la PHI ya no está disponible para actuar sobre la modificación solicitada.
- no forma parte de sus registros médicos o de facturación u otros registros utilizados para tomar decisiones sobre usted.
- no está disponible para inspección como se establece anteriormente; o
- es exacto y completo.

En cualquier caso, cualquier modificación acordada se incluirá como complemento y no como reemplazo de los registros ya existentes. Para solicitar una enmienda a su PHI, debe enviar su solicitud por escrito al Custodio de registros médicos en nuestro centro, junto con una descripción del motivo de su solicitud.

Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI realizadas por nosotros a personas o entidades que no sean usted durante los seis años anteriores a su solicitud, excepto las divulgaciones:

- (i) para llevar a cabo las operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud previstas anteriormente.
- (ii) incidental a un uso o divulgación permitido o requerido por la ley aplicable.
- (iii) de conformidad con su autorización por escrito.

- a las personas involucradas en su cuidado o para otros fines de notificación según lo dispuesto por la ley.
- para propósitos de inteligencia o seguridad nacional según lo dispuesto por la ley.
- a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley según lo dispuesto por la ley.
- como parte de un conjunto de datos limitado según lo dispuesto por la ley.

Para solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de privacidad de nuestras instalaciones. Su solicitud debe indicar un período de tiempo específico para la contabilidad (por ejemplo, los últimos tres meses). La primera rendición de cuentas que solicite dentro de un período de doce (12) meses será gratuita. Para informes adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionarle la lista. Le notificaremos los costos involucrados y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en los costos.

Tiene derecho a recibir una notificación, en caso de que haya una violación de su PHI no segura, que requiere notificación según la Regla de privacidad.

### **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, debe comunicarse de inmediato con el Oficial de privacidad de la instalación. No tomaremos medidas contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Ave. SW, Washington DC, 20201.

### **CONTROL DE INFECCIÓN**

El paciente/cuidador debe observar a todos los trabajadores de la salud que conoce y alentar y recordar a los trabajadores de la salud que se laven las manos antes de brindar atención.

Los elementos que solo tocan la piel intacta (p. ej., esfigmomanómetros, estetoscopios, termómetros y otros accesorios médicos) rara vez transmiten enfermedades, si es que alguna vez lo hacen. Estos artículos se limpiarán con alcohol después de cada uso. Si alguna pieza del artículo se contamina con sangre u otro material potencialmente infeccioso, el artículo debe limpiarse con un germicida químico.

Todas las excreciones, secreciones, sangre y drenaje deben desecharse en el inodoro.

Para minimizar la contaminación durante el uso, los productos deben manipularse de manera que los proteja de la contaminación. Estos procedimientos incluyen lo siguiente:

- Lávese las manos, asegurándose de usar una buena técnica de lavado de manos.
- Desempaque y maneje los productos de manera consistente con la preservación de una limpieza óptima.
- Almacenar correctamente todos los productos.

### **TOMAR DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA**

*Las directivas anticipadas* son formularios que dicen, por adelantado, qué tipo de tratamiento quiere o no quiere bajo condiciones médicas

graves. Algunas condiciones, si son graves, pueden impedirle decirle al médico cómo desea que lo traten en ese momento. Sus directivas anticipadas ayudarán al médico a brindarle la atención que desea recibir.

La mayoría de los hospitales y organizaciones de salud en el hogar deben brindarle información sobre las directivas anticipadas. Muchos están obligados a preguntarle si ya tiene instrucciones anticipadas preparadas.

Este folleto ha sido diseñado para brindarle información y puede ayudarlo con decisiones importantes. Las leyes relativas a las directivas anticipadas varían de un estado a otro. Le recomendamos que consulte con su familia, amigos cercanos, su médico y tal vez incluso con un trabajador social o un abogado sobre sus necesidades individuales y lo que puede beneficiarlo más.

¿Qué tipos de directivas anticipadas existen?

Hay dos tipos básicos de directivas anticipadas disponibles. Uno se llama testamento en vida. El otro se llama poder notarial duradero.

Un testamento en vida brinda información sobre el tipo de atención médica que desea (o no desea) si tiene una enfermedad terminal y no puede tomar su propia decisión.

Se llama testamento "en vida" porque surte efecto mientras usted vive.

- Muchos estados tienen formularios específicos que se deben usar para que un testamento en vida se considere legalmente vinculante. Estos formularios pueden estar disponibles en una oficina de servicios sociales, un bufete de abogados o posiblemente en una biblioteca.
- En algunos estados, se le permite simplemente escribir una carta describiendo qué tratamientos quiere o no quiere.
- En todos los casos, su testamento en vida debe estar firmado, atestiguado y fechado. Algunos estados requieren verificación.

Un poder notarial duradero es un acuerdo legal que nombra a otra persona (con frecuencia un cónyuge, un familiar o un amigo cercano) como *agente o apoderado*. Esta persona entonces tomaría decisiones médicas por usted si usted no pudiera tomarlas por sí mismo. Un poder notarial duradero también puede incluir instrucciones sobre tratamientos específicos que desea o no desea en caso de una enfermedad grave.

¿Qué tipo de directiva anticipada es mejor para mí?

- Esta no es una pregunta fácil de responder. La situación y las preferencias de cada individuo son únicas.
- Para muchas personas, la respuesta depende de su situación específica o de sus deseos personales para el cuidado de su salud.
- A veces la respuesta depende del estado en el que vive. En algunos estados, es mejor tener uno versus el otro.
- Muchas veces, puede tener ambos, ya sea como formularios separados o como un solo formulario combinado.

¿Qué hago si quiero una directiva anticipada?

- Primero, consulte con el consultorio de su médico o la agencia de atención domiciliar sobre dónde obtener información específica para su estado.
- Una vez que haya discutido las opciones disponibles, consulte con cualquier familiar o amigo que pueda estar involucrado en su atención médica. Esto es extremadamente importante si ha elegido a un amigo o familiar como su "agente" en el poder notarial duradero.
- Asegúrese de cumplir con todos los requisitos en su estado para su firma, firma de testigo, certificación notarial (si se requiere) y presentación.
- Debe proporcionar copias de sus directivas anticipadas a las personas de su confianza, como familiares cercanos, amigos y/o cuidadores. El documento original debe archivarse en un lugar seguro conocido por aquellos a quienes les entregue copias.
- Guarde otra copia en un lugar seguro; si tiene un abogado, él o ella también se quedará con una copia.

¿Cómo sabe mi equipo de atención médica que tengo instrucciones anticipadas?

- Debes decirles. Muchas organizaciones y hospitales están obligados a preguntarle si tiene uno. Aun así, es una buena idea decirles a sus médicos y enfermeras que tiene una directiva anticipada y dónde se puede encontrar el documento.
- Muchos pacientes guardan una pequeña tarjeta en su billetera que indica el tipo de directiva anticipada que tienen, dónde se encuentra una copia de los documentos y una persona de contacto, como su "agente" con poder notarial duradero, y cómo contactátales.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

- Puede cambiar de opinión acerca de cualquier parte de su directiva anticipada, o incluso acerca de tener una directiva anticipada, en cualquier momento.
- Si desea cancelar o realizar cambios en los documentos, es muy importante que siga el mismo procedimiento de firma, fecha y testimonio que la primera vez, y que se asegure de eliminar o descartar todas las versiones originales. y que todos los proveedores de atención médica, su(s) cuidador(es), su familia y amigos tengan una copia revisada.

¿Qué pasa si no quiero una directiva anticipada?

No está obligado por ley a tener uno. Muchas empresas de atención domiciliar están obligadas a proporcionarle esta información básica, pero lo que decida hacer con ella depende totalmente de usted.



**Para más información...**

Este folleto ha sido diseñado para brindarle información básica. No es un sustituto de la consulta con un abogado experimentado o un trabajador social bien informado. Estas personas, o su agencia de atención domiciliaria, pueden responder mejor preguntas más detalladas y ayudar a guiarlo hacia la mejor instrucción anticipada para usted.

**REPORTE DE QUEJAS/QUEJAS**

Puede presentar una queja sin preocuparse por represalias, discriminación o interrupción irrazonable del servicio. Para presentar una queja, llame al (334) 528-0078 y hable con el servicio de atención al cliente. Si su queja no se resuelve a su satisfacción dentro de los 5 días hábiles, puede iniciar una queja formal por escrito y enviarla al Órgano de Gobierno. Puede esperar una respuesta por escrito dentro de los 14 días hábiles o recibo.

También puede realizar consultas o quejas sobre este centro llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE y/oa la Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud (ACHC) al (919) 785-1214.



## Formulario de consentimiento del paciente

Fecha \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_ (Iniciales) He leído y entender la POLÍTICAS DE LA OFICINA Y PACIENTE RESPONSABILIDADES y de acuerdo con todos términos y condiciones establecer adelante Aquí en.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) He recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* de Allergy Asthma & Immunology of East Alabama, LLC. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso preguntándole a la recepcionista. El aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede hacerse por esta práctica, mi individual derechos, cómo yo mayo ejercicio estas derechos, y la práctica legal deberes con respeto a mi información. Entiendo que esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su *Aviso de Prácticas de Privacidad* y hacer cambios con respecto a todos protegido salud información bajo la control de este práctica.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Evaluación y Tratamiento. Doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico y la atención médica que se consideren necesarios a juicio de mi médico. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías. Sin embargo, entiendo que mi Médico me explicará el propósito, los beneficios y los riesgos y peligros habituales involucrados en el diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, así como cursos alternativos de tratamiento. Además, entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier examen, prueba o tratamiento sugerido. Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados del tratamiento o examen.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Cumplimiento Gubernamental. De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio promulgada recientemente y la Ley Stark, Alergia, Asma e Inmunología del Este de Alabama deben informarle que existen otras opciones relacionadas con los servicios de infusión y farmacia. Específicamente, se debe tener en cuenta que se ha presentado voluntariamente a Allergy, Asthma & Immunology of East Alabama para sus necesidades médicas y que, como parte de la evaluación de su condición y cualquier tratamiento requerido, el médico puede determinar que infusión y/o farmacia en particular es posible que se necesiten servicios. Infusion Care y Medicus Specialty Pharmacy ofrecen muchos de estos servicios en el lugar para comodidad de nuestros pacientes. Si algún paciente desea recibir sus servicios de infusión y farmacia en otro lugar, podemos proporcionarle una lista de lugares cercanos. He sido informado de los servicios de infusión y farmacia que están disponibles dentro de un radio de 25 millas. Si no tengo preferencia de proveedores, se utilizarán Infusion Care y/o Medicus Specialty Pharmacy. Soy consciente de que Allergy, Asthma & Immunology of East Alabama tiene interés en esos negocios. Autorizo a Allergy, Asthma & Immunology of East Alabama a divulgar la información necesaria sobre el historial de mi caso, el tratamiento y el examen para mi visita a las empresas mencionadas anteriormente.

Al firmar a continuación, por la presente entiendo y entiendo las siguientes Políticas de la Oficina y Manual de Responsabilidades del Paciente, Aviso de Prácticas de Privacidad, Evaluación y Tratamiento, y Cumplimiento Gubernamental:

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Paciente

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
guardián

### Permiso a Liberar Médico Información

yo dar permiso por mi médico información a ser discutido con la abajo listado personas/médicos:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación a paciente: \_\_\_\_\_

Relación a paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono número: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_