

PAQUETE DE CONSENTIMIENTO GENERAL (General Consent Packet)

- Consentimiento General y Condiciones de Tratamiento
(General Consent and Conditions of Treatment)
- Mensaje Importante De Medicare (Important Message from Medicare)
- Un Mensaje Importante de Tricare (An Important Message From Tricare)
- Apelaciones de Determinaciones de Administración de Utilización
(Utilization Management to Appeal)
- Acuse de Recibo de Solicitud de Servicios de Establecimientos Dentro Y
Fuera de la Red (Acknowledgement of Request for In and Out of Network
Facility Services)
- Acuse de Recibo de Solicitud de Servicios Profesionales Fuera de la Red
(Acknowledgement of Request for Professional Out of Network Services)
- Autorización De Inscripción En El Sistema De Información Sobre Vacunación
De Nueva Jersey (New Jersey Immunization Information System (NJIIS)
Consent To Participate)
- Aviso de Prácticas De Privacidad (Notice of Privacy Practices)
- Aviso Para El Paciente Sobre Los Servicios Medicos
(Patient Notice Regarding Physician Services)
- Sus Responsabilidades Como Paciente (Your Responsibilities as a Patient)
- Derechos del Paciente (Patient Bill of Rights)
- Lo que Necesita Saber Acerca de las Directrices Anticipadas
(What You Need to Know About Advance Directives)
- Higiene de las Manos (Hand Hygiene)
- Normas de Seguridad para Pacientes Sobre Medicamentos
(Medication Safety Guidelines for Patients)
- Cómo Puedo Dejar de Fumar (Smoking Cessation Information)
- Portal de Pacientes (Patient Portal)

FREE Guest Network (WiFi) Services



For your convenience, St. Joseph's Health is pleased to provide you with free Guest Network (WiFi) services while you are at St. Joseph's University Medical Center and St. Joseph's Wayne Medical Center.

- **For the Guest Network ACCESS Code, please dial Extension 8000.**

Para su conveniencia, St. Joseph's Health se complace en proveerle con servicios de Guest Network (WiFi/Conexión Inalábrica) gratis durante su estadía en St. Joseph's University Medical Center o St. Joseph's Wayne Medical Center

- **Para el código de acceso al Guest Network, favor de llamar a la Extensión 8000.**

GENERAL CONSENT AND CONDITIONS OF TREATMENT AND ASSIGNMENTS OF BENEFITS SPANISH

CONSENTIMIENTO GENERAL Y CONDICIONES DEL TRATAMIENTO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por el presente, acepto y doy mi consentimiento para ser ingresado en St Joseph's Health, en cualquiera de sus sitios o ubicaciones (conjuntamente el "Centro"), y/o para que el Centro, sus empleados, contratistas y personal me brinden tratamiento, lo que incluye la atención médica y/o el tratamiento por parte de cualquier médico y asistente o designado. Es posible que este tratamiento incluya servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios que mis médicos, sus asociados, socios, asistentes o personas designadas consideren necesarios o aconsejables, incluidos, entre otros, los procedimientos de diagnóstico de rutina como las radiografías; las pruebas de laboratorio, incluidas las pruebas de VIH, de hepatitis C y de anticuerpos de la hepatitis B; la anestesia; los servicios de la sala de emergencias; el tratamiento médico y/o de enfermería o los tratamientos quirúrgicos. Entiendo que el Centro forma parte de programas de educación médica para el personal médico, de enfermería y otro personal de atención médica que pueda participar en mi atención médica como parte de su educación. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico o el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en relación con los resultados de los exámenes o los tratamientos. Autorizo al Centro a eliminar cualquier muestra o tejido que pueda ser extraído de mi cuerpo, o a conservarlos para utilizarlos con fines científicos, de enseñanza o de otro tipo. Autorizo al Centro a que me fotografíe, me filme o me grabe para la observación de pacientes según las políticas y los procedimientos del Centro, para telemedicina o fines médicos, quirúrgicos, científicos y educativos, siempre que no se revele mi identidad a otras personas que no intervengan de manera directa en mi atención médica. Este consentimiento también se aplicará para el ingreso y el tratamiento médico de un recién nacido que yo pueda dar a luz durante mi estancia hospitalaria. Entiendo que, al firmar al final de este documento, doy mi consentimiento para recibir cualquier atención médica ambulatoria en el futuro, a menos que yo anule este consentimiento por escrito. Por el presente acepto y autorizo las siguientes condiciones:

1. Entiendo que muchos de los médicos del Centro no son empleados ni representantes de este. Muchos médicos son contratistas o profesionales independientes a los que se les dio el privilegio de utilizar el Centro para dar atención médica y tratamiento a sus pacientes. Estos médicos prestan servicios profesionales como médicos privados y no en nombre del Centro. Entiendo que algunos médicos que me brindan atención pueden ser empleados de otras instituciones académicas.

2. Reconozco que he recibido una copia de los siguientes documentos en la visita de hoy o durante el año pasado:

- Aviso de políticas de privacidad del centro.
- Información sobre voluntades anticipadas.
- Información para dejar de fumar.
- Una copia de la "Declaración de derechos del paciente" y de "Sus responsabilidades como paciente".

3. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y ACUERDO DE PAGO. Debido a que he recibido servicios médicos del Centro, por el presente le cedo al Centro (y/o a cualquier médico que participe en mi atención médica, si corresponde) todos y cada uno de mis derechos e intereses sobre cualquier beneficio de seguro médico que me corresponda recibir, conforme a cualquier plan o póliza de seguro o de cualquier otra manera, en relación con los servicios prestados por el Centro (y los médicos del tratamiento, si corresponde), de cualquier fuente correspondiente, que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, un plan comercial de seguros, el plan de beneficios de un empleador, la indemnización por accidentes laborales, el seguro automotriz u otro tercero pagador (los "Beneficios del seguro"). **ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA AL CENTRO (Y A CUALQUIER MÉDICO DEL TRATAMIENTO, SI CORRESPONDE) DE TODOS Y CADA UNO DE MIS DERECHOS A RECIBIR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO.** Esta asignación de beneficios abarca de forma completa y exhaustiva cualquier reclamo legal que yo pueda tener conforme al plan o a la póliza de seguro correspondiente para recibir los Beneficios del seguro, que incluye, entre otros, mis derechos para apelar cualquier denegación de los Beneficios del seguro en mi nombre, de iniciar acciones legales contra el tercero pagador correspondiente y/o de presentar una queja ante el Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro médico (que incluye atención médica administrada, Medicare y Medicaid, cuando corresponda) directamente al Centro y/o a cualquier médico que participe en mi atención médica. También estoy de acuerdo en que esta asignación no se retire o anule en ningún momento hasta que las cuentas se paguen por completo. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a revelar cualquier información necesaria a cualquier tercero, incluidos los Centros de Medicare y Medicaid y su representante, para determinar los beneficios de los servicios pertinentes.

Acepto pagar los cargos no cubiertos por la asignación de beneficios descrita en esta sección, incluidos, entre otros, los deducibles del seguro médico correspondientes, los copagos y/o los montos de coaseguros provistos en cualquier plan o póliza de seguro, y los cargos no cubiertos por un plan o póliza de seguro. Estoy de acuerdo en que cualquier pago en exceso del paciente o del garante que el Centro cobre por la atención médica y el tratamiento de pacientes hospitalizados o ambulatorios se aplique directamente a cualquier cuenta pendiente de pago de la que el paciente o el garante sea legalmente responsable. Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad obtener una derivación o certificación previa si es necesario. Si no pago a su debido tiempo y la cuenta queda en mora o se transfiere a una agencia de cobro o a un abogado para el cobro, me comprometo a pagar los honorarios de la agencia de cobro, los costos judiciales y los honorarios del abogado. Por el presente doy permiso y consentimiento al Centro, a sus apoderados y a los agentes de cobro de terceros para que se comuniquen conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono asociado a mí, incluidos los números de teléfonos móviles que yo haya proporcionado, para que me dejen mensajes en el contestador automático y en el correo de voz, para que me envíen mensajes de texto o por correo electrónico a las direcciones de correo electrónico que yo haya proporcionado, y para que utilicen mensajes de voz pregrabados o artificiales o un sistema de marcación telefónica automática en relación con cualquier comunicación que se me haga, incluida la



UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE

Nombre del paciente:

Número del paciente:

Sus derechos como paciente hospitalizado:

- Usted puede recibir los servicios que son cubiertos por Medicare. Estos incluyen los servicios hospitalarios que sean necesarios por razones médicas y los servicios que podría necesitar luego de ser dado de alta, siempre y cuando los servicios sean ordenados por su médico. Usted tiene derecho a enterarse de estos servicios, quién los pagará, y dónde podrá obtenerlos.
- Usted puede participar en toda decisión relativa a su hospitalización.
- Usted puede informar sus preocupaciones relativas a la calidad de la atención que recibe a su QIO en: **Livanta BFCC-QIO, 1-866-815-5440 or TTY 1-866-868-2289**. La QIO es el revisor independiente que Medicare autoriza para revisar la decisión de darle de alta.
- Usted puede trabajar con el hospital para prepararse para la alta de manera segura y organizar los servicios que podría necesitar luego de salir del hospital. Cuando usted ya no necesita atención hospitalaria como paciente internado, su médico o el personal del hospital le informará de la fecha prevista para su alta.
- Usted puede hablar con su médico u otro personal del hospital si tiene inquietudes sobre su alta.

Su derecho de apelar el alta del hospital:

- Usted tiene derecho a una revisión (apelación) médica independiente e inmediata de la decisión de darle de alta. Si usted la hace, no tendrá que pagar por los servicios que recibe durante la apelación (salvo los cargos como copagos y deducibles)
- Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor además examinará sus expedientes médicos y/u otra información relevante. Usted no tendrá que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si desea.
- Si decide apelar, usted y el revisor recibirán una copia de la explicación detallada indicando los motivos por los cuales la cobertura de la hospitalización no debería continuar. Usted recibirá este aviso detallado solamente después de solicitar la apelación.
- Si la QIO determina que usted no está en condiciones para ser dado de alta, Medicare seguirá cubriendo los servicios hospitalarios.
- Si la QIO está de acuerdo en que los servicios no deberían ser cubiertos más allá de la fecha del alta, ni medicare ni su plan de salud de Medicare pagará por su hospitalización después del mediodía del día en que la QIO le notifica de su decisión. Si usted pone fin a los servicios antes de dicho momento, evitará la responsabilidad económica.
- Si usted no apela, podría tener que pagar por los servicios que reciba más allá de la fecha del alta.

Vea la página 2 de este aviso para más información.



UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE

Cómo solicitar una apelación del alta del hospital

- Usted deberá presentar su solicitud a la QIO indicada arriba.
- Deberá hacer su solicitud de apelación lo antes posible, pero en la fecha prevista para el alta y antes de salir del hospital, a más tardar.
- La QIO le notificará de su decisión lo antes posible; por lo general, será un máximo de 1 día después de haber recibido toda la información necesaria.
- Llame a la QIO **Livanta BFCC-QIO, 1-866-815-5440 or TTY 1-866-868-2289** para apelar o si tiene preguntas.

Si usted pierde la fecha límite para solicitar la apelación, es posible que tenga otros derechos de apelación:

- Si usted tiene Medicare Original: Llame a la QIO **Livanta BFCC-QIO, 1-866-815-5440 or TTY 1-866-868-2289**.
- Si tiene un plan de salud de Medicare:
Llame a su plan al _____

Información adicional (Opcional):

Firme abajo para indicar que usted ha recibido y entendido este aviso.

Se me notificó de mis derechos como paciente hospitalizado y que podré comunicarme con mi QIO para apelar el alta.

Firma del paciente o representante

Fecha

Tiempo

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/aboutus/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/aboutus/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba 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 respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Un mensaje importante de TRICARE®

SUS DERECHOS MIENTRAS ES UN PACIENTE EN UN HOSPITAL TRICARE

Tiene derecho a recibir todo el cuidado necesario del hospital para el diagnóstico y tratamiento adecuados de su enfermedad o lesión. De acuerdo con la Ley Federal, su fecha de alta médica debe determinarse solamente por sus necesidades médicas, no por “Diagnostic Related Groups (DRGs)” o por pagos TRICARE.

Tiene el derecho a estar completamente informado acerca de las decisiones que afecten su cobertura TRICARE y el pago de su estadía en el hospital y cualquier servicio una vez dado de alta.

Tiene el derecho a solicitar una revisión por parte de una Autoridad Regional de Revisión (Regional Review Authority, RRA) de TRICARE de cualquier notificación escrita de no cobertura que pueda recibir del hospital que afirme que TRICARE no pagará por su cuidado en el hospital. Las RRA utilizan grupos de médicos bajo contrato del Gobierno Federal para estudiar la necesidad médica y la calidad y adecuación del tratamiento del hospital para los pacientes de TRICARE. El número telefónico y dirección de la RRA para su área es:

Región del este

Humana Military Utilization
Management P.O. Box
740044 Louisville, KY
40201-7444
1-800-334-5612

Región del oeste

Health Net Federal Services, LLC P.O.
Box 9108
Virginia Beach, VA 23450-9108 1-
844-866-WEST (1-844-866-9378)

HABLE CON SU MÉDICO ACERCA DE SU ESTADÍA EN EL HOSPITAL

Usted y su médico saben más sobre su condición y sus necesidades de salud que cualquier otra persona. Las decisiones sobre su tratamiento médico deben ser tomadas entre usted y su doctor. Si tiene preguntas sobre su tratamiento médico, la necesidad de continuar su cuidado en el hospital, su alta o la necesidad de un posible cuidado al salir del hospital, no dude en preguntarle a su médico. El representante de pacientes del hospital o el trabajador social le ayudarán con sus preguntas y dudas en cuando a los servicios del hospital.

SI PIENSA QUE LE ESTÁN PIDIENDO QUE SALGA DEL HOSPITAL MUCHO ANTES DE LO DEBIDO

Pídale inmediatamente a un representante del hospital una explicación por escrito si no ha recibido una. Esta notificación se llama «notificación de no cobertura». Usted debe tener la notificación de no cobertura si desea llevar a cabo su derecho a solicitar una revisión de la RRA.

La notificación de no cobertura también indicará si el médico o la RRA están de acuerdo con la decisión del hospital de que TRICARE no pague por su cuidado.

- Si el hospital y su médico están de acuerdo, la RRA no estudiará su caso antes de que se emita la notificación de no cobertura. Sin embargo, la RRA responderá su solicitud para una revisión de la notificación de no cobertura y escuchará su opinión. No se le puede obligar a pagar el cuidado del hospital hasta que la RRA tome su decisión si solicitó la revisión antes del mediodía del primer día hábil luego de que recibiera la notificación de no cobertura.
- Si el hospital y su médico no están de acuerdo, el hospital podría solicitar a la RRA que revise su caso. Si no se hace dicha solicitud, el hospital necesitará que envíe una notificación para dicho efecto. En esta situación, la RRA debe estar de acuerdo con el hospital. De lo contrario, el hospital no puede emitir la notificación de no cobertura. Podrá solicitar que la RRA reconsidere su caso luego de recibir la notificación de no cobertura, pero ya que la RRA ha revisado su caso una vez, es posible que deba pagar al menos un día de cuidado del hospital antes de que la RRA complete su reconsideración.

! SI NO SOLICITA UNA REVISIÓN, EL HOSPITAL PODRÍA COBRARLE POR TODOS LOS COSTOS DE SU ESTADÍA COMENZANDO DESDE EL TERCER DÍA LUEGO DE RECIBIR LA NOTIFICACIÓN DE NO COBERTURA. EL HOSPITAL, SIN EMBARGO, NO PUEDE COBRARLE POR SU CUIDADO A MENOS QUE PROVEA UNA NOTIFICACIÓN DE NO COBERTURA.

¿COMO SOLICITAR UNA REVISIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE NO COBERTURA?

Si la notificación de no cobertura afirma que su médico está de acuerdo con la decisión del hospital:

- Debe hacer una solicitud para revisión a la RRA antes del mediodía del primer día hábil luego de haber recibido la notificación de no cobertura al contactar a la RRA por teléfono o por escrito.
- La RRA debe preguntarle su opinión sobre el caso antes de tomar su decisión. La RRA le informará por teléfono o por escrito sobre la decisión de la revisión.
- Si la RRA está de acuerdo con la notificación de no cobertura, a usted se le podrían cobrar los costos de su estadía, comenzando al mediodía del día después de recibir la decisión de la RRA.
- Por ende, no será responsable del costo del cuidado del hospital antes de recibir la decisión de la RRA.

Si la notificación de no cobertura afirma que su RRA está de acuerdo con la decisión del hospital:

- Debe hacer una solicitud para reconsideración a la RRA inmediatamente después de recibir la notificación de no cobertura contactando a la RRA por escrito.
- La RRA puede tomarse hasta tres días hábiles después de recibir la solicitud para completar la revisión. La RRA le informará por escrito sobre la decisión de la revisión.
- Ya que la RRA ha revisado su caso una vez antes de la emisión de la notificación de no cobertura, se le permite al hospital que comience a cobrarle el costo de su estadía, comenzando por el tercer día calendario luego de haber recibido la notificación de no cobertura, incluso si la RRA no ha completado la revisión.
- Por ende, si la RRA sigue estando de acuerdo con la notificación de no cobertura, usted puede pagar por al menos un día de cuidado en el hospital.

Nota: El proceso descrito anteriormente se llama «revisión inmediata». Si se pasa de la fecha límite para esta revisión inmediata mientras está en el hospital, usted podría solicitar una revisión de la decisión de TRICARE para no pagar por su cuidado en un punto determinado durante su estadía en el hospital o después de haber salido del hospital. La notificación de no cobertura le dirá cómo solicitar esta revisión.

ACUSE DE RECIBO

Mi firma solo indica que he recibido este mensaje de

_____ (Nombre del hospital) el _____ (Fecha)
y no afirma mi renuncia a ninguno de los derechos a solicitar una revisión ni me hace responsable de ningún pago.

Firma del beneficiario o persona que actúa en lugar del beneficiario

Fecha de la firma

Hora

CUIDADOS DESPUÉS DEL ALTA MÉDICA

Cuando su médico determina que ya no necesita los servicios especializados que provee el hospital, pero aún requiere atención médica, le dará de alta a una instalación de cuidado especializado o a cuidado en el hogar. El planificador de alta médica en el hospital le ayudará a organizar los servicios que pueda necesitar luego de haber sido dado de alta. TRICARE y las pólizas de seguro suplementarias tienen cobertura limitada para las instalaciones de cuidados especiales y para el cuidado médico en casa. Por lo tanto, usted deberá enterarse de cuáles son los servicios que estarán o no cubiertos y cómo se efectuarán los pagos. Consulte con su médico, planificador de alta médica del hospital, Coordinador de Asesoría o Asistencia al Beneficiario (Beneficiary Counseling and Assistance Coordinator, BCAC), representante de pacientes y sus familiares en cuanto a los preparativos para su cuidado después de que haya salido del hospital. No dude en hacer preguntas.

Las preguntas en cuanto a las cobranzas o los problemas con la cobertura de beneficios específicos deben ser atendidas por su encargado de consultas de TRICARE el cual es:

E

Región del este

TRICARE East Claims
P.O. Box 7981
Madison, WI 53707-7981
1-800-444-5445

W

Región del oeste

Health Net Federal Services, LLC
c/o PGBA, LLC/TRICARE
P.O. Box 202100
Florence, SC 29502-2100
1-844-866-WEST (1-844-866-9378)

CONSENT TO REPRESENTATION



Departamento de Banca y Seguros de New Jersey
CONSENTIMIENTO DE REPRESENTACIÓN EN APELACIONES DE DETERMINACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA ACCESO A EXPEDIENTES MÉDICOS EN APELACIONES DE UMY ARBITRAJE INDEPENDIENTE DE RECLAMOS

APELACIONES DE DETERMINACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar a su aseguradora, a una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) o a otra compañía que le proporciona prestaciones médicas (aseguradora) el cambio de su decisión sobre la administración de utilización (UM, por sus siglas en inglés), si la aseguradora determinase que un servicio o tratamiento con cobertura bajo su plan de prestaciones médicas, es o no era médicamente necesario*. Esto se conoce como una apelación de UM. Usted también tiene derecho a permitir que el doctor, hospital u otro proveedor de atención médica hagan una apelación de UM en su nombre.

Hay tres etapas de apelación si usted tiene cobertura de un plan de prestaciones médicas, como se establece en New Jersey. Etapa 1: La aseguradora pide que un profesional de atención médica, diferente al primero que revisó su caso, que analice su caso. Etapa 2: La aseguradora revisa su caso mediante un panel de profesionales médicos entrenados para casos como el suyo. Etapa 3: Su caso será revisado por el Programa Independiente de Apelaciones de Atención Médica del Departamento de Banca y Seguros de New Jersey (DOBI, por sus siglas en inglés) mediante una Organización Independiente de Revisión de Utilización (IURO, por sus siglas en inglés) que contrata a profesionales médicos, cuyas consultas médicas incluyen casos como el suyo. Se requiere que el proveedor de atención médica procure enviarle una carta donde se le informa sobre la intención de hacer una apelación antes de someterla en cada etapa.

En la Etapa 3, el proveedor de atención médica compartirá su información personal y médica con el DOBI, la IURO y los profesionales médicos contratados por la IURO. Cada parte es requerida por ley de mantener su información de manera confidencial. El DOBI debe divulgar los datos sobre las decisiones de la IURO, pero nunca incluye ninguna información personal en estos informes.

Usted tiene el derecho a cancelar (revocar) su consentimiento en cualquier momento. En caso de existir una obligación financiera, SI HUBIESE, no incide en el hecho de que usted elija dar consentimiento a la representación o revocarla más adelante. Su consentimiento de representación y liberación de información para la apelación de una determinación de UM, terminará 24 meses después de la fecha de la firma del consentimiento.

ARBITRAJE INDEPENDIENTE DE RECLAMOS

Su proveedor de atención médica tiene el derecho de someter algunos reclamos dentro de un proceso del arbitraje independiente de reclamos mediante el DOBI. Para arbitrar el reclamo o los reclamos, el proveedor de atención médica debe compartir parte de su información personal y médica con el DOBI, la organización de arbitraje y el o los profesionales de arbitraje. Se requiere que cada parte trate su información de manera confidencial. El DOBI divulga los resultados del arbitraje, pero sin incluir los datos personales en los informes. Su consentimiento para divulgar información en el proceso del arbitraje terminará 24 meses después de la fecha en que usted firmó el consentimiento

CONSENTIMIENTO DE REPRESENTACIÓN EN APELACIONES DE UMY AUTORIZACIÓN PARA DAR ACCESO A INFORMACIÓN PERSONAL EN APELACIONES DE UMY ARBITRAJE DE RECLAMOS

Yo, , al indicar (o) y firmar abajo, demuestro mi acuerdo en:

- ser representado por en una apelación por una determinación de UM adversa según lo permitido por la N.J.S.A. 26:2S-11 y dar acceso a mi información personal de salud al DOBI, a sus contratistas de atención médica del Programa Independiente de Apelaciones de Atención Médica y a los contratistas independientes que revisen la apelación. Mi consentimiento de representación y autorización de acceso a información personal expira en 24 meses, pero puedo revocarlos antes.
- dar acceso a mi información personal de salud al DOBI, a sus contratistas del Programa Independiente de Arbitraje de Reclamos y a El capítulo 32 del sistema de arbitraje independiente, cualquier otro contratista independiente, cuando sea requerido, para realizar el proceso de arbitraje. Mi autorización de acceso a información con el propósito de arbitraje de reclamos, expirará en 24 meses.

Firma: _____ Número del seguro: _____ Fecha: _____

Relación con el(la) paciente: Soy el(la) paciente Soy el representante personal (proporcione datos de contacto en la parte posterior)

*Si el(la) paciente es menor de edad o es incapaz de leer y llenar el formulario por incapacidad mental o física, su representante personal debe llenar el formulario.

Proveedor de atención médica: El(la) paciente o su representante personal DEBE recibir una copia por ambos lados/páginas de este documento DESPUÉS DE QUE se haya llenado, firmado y fechado la PÁGINA 1.



CO0100

CONSENT TO REPRESENTATION



Departamento de Banca y Seguros de New Jersey
AVISO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DE REPRESENTACIÓN EN
APELACIONES DE LAS DETERMINACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE
UTILIZACIÓN Y DE LA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A EXPEDIENTES MÉDICOS

Usted puede revocar en cualquier momento el consentimiento otorgado para que un proveedor de atención médica le represente en una apelación de una determinación de UM y el acceso a sus expedientes médicos por parte del DOBI, la IURO y los profesionales médicos contratados por la IURO. Usted puede utilizar este formulario para revocar su consentimiento o puede presentar otra evidencia por escrito sobre su intención de revocarlo, si usted lo prefiere. De cualquier manera, si usted todavía no ha recibido de la aseguradora una determinación de UM de la Etapa 2, envíe la revocación escrita y firmada a la aseguradora a la dirección indicada en el aviso escrito que esta última le envió con respecto a la determinación inicial de UM de la aseguradora. Si usted ha recibido una determinación de UM de la Etapa 2, entonces su revocación debe ser enviada a:

Departamento de Banca y Seguros de New Jersey
Servicios de Protección al Consumidor
Oficina de Administración de la Salud - Attn: IHCAP
Apartado Postal 329
Trenton, NJ 08625-0329
Fax: (609) 633-0807
Mensajería: 20 West State Street o por fax al: (609) 633-0807

Usted también puede enviar una copia de su aviso de revocación al proveedor de atención de salud.

¡SOLAMENTE DEBE LLENAR Y ENVIAR ESTA SECCIÓN EN CASO DE QUE USTED DESEE REVOCAR SU CONSENTIMIENTO!

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DE REPRESENTACIÓN Y ACCESO A EXPEDIENTES MÉDICOS EN CASO DE APELACIONES A DETERMINACIONES DE UM

Yo revoco por este medio mi consentimiento de representación por St. Joseph's Health y mi autorización de acceso a mi información médica en una apelación por determinación UM adversa. Entiendo que al revocar este consentimiento, la apelación de UM no podrá ser llevada a cabo por mi proveedor de atención médica. Entiendo que esta revocación podría ser efectiva después de que mi información personal y médica haya sido compartida con el DOBI, la IURO y los profesionales médicos contratados por la IURO, pero que no se podrá tener más acceso a los expedientes relacionados con este asunto sin mi autorización y, además, que toda mi información médica y personal debe ser mantenida como confidencial por todas las partes.

Firma: _____ Número del seguro: _____ Fecha: _____

Relación con el(la) paciente: Soy el(la) paciente Soy el representante personal

Información de contacto del representante personal

Proporcione, por favor, la información de contacto siguiente SI fuese diferente a la información de contacto del(la) paciente:

NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____ Email: _____

Proveedor de atención médica: El(la) paciente o su representante personal DEBE recibir una copia por ambos lados/páginas de este documento DESPUÉS DE QUE se haya llenado, firmado y fechado la PÁGINA 1.

ACUSE DE RECIBO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DENTRO Y FUERA DE LA RED

Plan del seguro primario: _____

- Me han notificado que este establecimiento está **FUERA DE LA RED** de mi plan del seguro médico. También me informaron lo siguiente:
- *Que debo comunicarme con mi compañía de seguros para consultarle sobre los beneficios fuera de la red Y debo identificar los gastos de bolsillo específicos calculados, ya que serán mayores que el copago, coseguro o deducible por servicios dentro de la red.*
 - *Que yo seré responsable del pago de los montos de los servicios que superen el monto permitido que mi plan del seguro paga o reembolsa*
- Me han notificado que este establecimiento está **DENTRO DE LA RED** de mi plan del seguro médico. También me informaron lo siguiente:
- *Que no pagaré un monto mayor que mi copago, deducible o coseguro de los servicios cubiertos dentro de la red salvo que yo seleccione específicamente un profesional de la salud fuera de la red, lo cual puede dar lugar a costos de bolsillo más altos.*
 - *Que debo notificar a mi plan del seguro médico o al Departamento de Salud si recibo facturas médicas dentro de la red por montos mayores que mi copago, deducible o coseguro, y que no seleccioné a sabiendas ni por mi propia voluntad un proveedor fuera de la red.*

Si bien nosotros estamos dentro de la red, durante esta visita los proveedores, como especialistas con los que se realicen interconsultas, anestesistas, radiólogos o patólogos, podrían proporcionar servicios fuera de la red de su plan del seguro.

Debe comunicarse con el médico que ordene los servicios de salud para determinar si dicho médico está dentro o fuera de la red.

La información sobre los planes del seguro con los que los médicos que sean empleados y que sean contratistas del hospital participan se encuentra publicada en el sitio web del establecimiento, <https://www.stjosephshealth.org>

Al firmar a continuación, acusa recibo de una copia de esta divulgación.

Firma del paciente
(o representante autorizado)

Relación
(si quien firma no es el paciente)

Fecha

Hora

Nombre en letra de imprenta

Este aviso solo se requiere para servicios que no sean de emergencia o servicios optativos programados.



ACUSE DE RECIBO DE SOLICITUD DE SERVICIOS PROFESIONALES FUERA DE LA RED

Plan del seguro primario: _____

Me han notificado que el profesional de la salud con el que tengo programada una cita está **fuera de la red** de mi plan del seguro médico; además, me han informado lo siguiente:

- *Que debo comunicarme con la compañía de seguros para consultarle sobre los beneficios fuera de la red Y debo identificar los gastos de bolsillo específicos calculados, ya que serán mayores que el copago, coseguro o deducible por servicios dentro de la red.*
- *Que yo seré responsable del pago de los montos de los servicios que superen el monto permitido que mi plan del seguro paga o reembolsa*

La información sobre los planes del seguro con los que los médicos que sean empleados y que sean contratistas del hospital participan se encuentra en el sitio web del establecimiento, <https://www.stjosephshealth.org>

Al firmar a continuación, acusa recibo de una copia de esta divulgación.

Firma del paciente

Relación

Fecha

Hora

(o representante autorizado)

(si quien firma no es el paciente)

Nombre en letra de imprenta

Este aviso solo se requiere para servicios que no sean de emergencia o servicios optativos programados.



**New Jersey Department of Health
 Vaccine Preventable Disease Program**

**Departamento de Salud de Nueva Jersey
 Programa de Enfermedades Inmunoprevenibles**

Dirección postal: P.O. Box 369, Trenton, NJ 08625-0369
 Teléfono: 609-826-4860 Fax 609-826-4866
 www.njiis.nj.gov

**AUTORIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN
 EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN DE NUEVA JERSEY
 NEW JERSEY IMMUNIZATION INFORMATION SYSTEM (NJIIS)**

- GUARDAR UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA -

DATOS DEL INSCRITO	DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR (si se trata de un menor de edad)
Nombre y apellidos del inscrito (<i>letra de imprenta</i>)	Nombre y apellidos (<i>letra de imprenta</i>)
Fecha de nacimiento	Dirección
País de nacimiento	Ciudad, estado, código postal
Nombre y apellidos del proveedor de atención médica primaria	Relación al inscrito
<p>He recibido información acerca del Sistema de Información sobre Vacunación de Nueva Jersey (<i>New Jersey Immunization Information System, NJIIS</i>) y entiendo que el objetivo de la inscripción es para que yo reciba recordatorios de las dosis pendientes según el calendario de vacunación pertinente (ya sea el mío o el de mi hijo) y se establezca un registro central de vacunas administradas.</p> <p>Entiendo que los datos de salud que constan en el sistema pueden compartirse con los proveedores de servicios de salud autorizados, instituciones educativas entre las cuales figuran instituciones de estudios superiores, centros de cuidado infantil autorizados, entidades de salud pública, compañías de seguros de salud y otras personas autorizadas por la ley de Nueva Jersey N.J.S.A. 26:4-131, y siguientes, y las normas N.J.A.C. 8:57-3.</p> <p>Entiendo que puedo obtener un comprobante de las vacunas administradas del proveedor de servicios de salud de familia, departamento de salud local o Departamento de Salud de Nueva Jersey, y que la dirección web y el número de teléfono del Departamento de Salud figuran en la parte superior del presente documento.</p> <p>No hay costo de inscripción.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, opto por inscribirme.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no opto por inscribirme.</p>	
Firma del inscrito (padre/madre/tutor si se trata de un menor de 18 años)	Fecha

Nombre del lugar de inscripción <i>NJIIS</i>	Número de identificación <i>NJIIS</i>	Número de historia clínica
--	---------------------------------------	----------------------------

- GUARDAR UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA -





Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Se le proporciona el presente Aviso conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”, por sus siglas en inglés), junto con las modificaciones de la Ley de Tecnología de la Información de Salud Clínica y Económica (“HITECH”, por sus siglas en inglés). Este Aviso describe cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) conforme a la legislación federal.

La legislación nos exige que le proporcionemos este Aviso con el fin de informarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su PHI que conservamos. HIPAA, junto con las modificaciones de HITECH, establece determinadas obligaciones que debemos asumir respecto de su PHI y nos exige no divulgar la información médica que lo identifique. Asumimos esta obligación con seriedad. Cuando sea necesario usar o divulgar su PHI, cumpliremos todos los términos incluidos en el presente Aviso. Cada vez que nos permitan o soliciten compartir su PHI con otras personas, solamente proporcionaremos la cantidad mínima de datos necesarios para satisfacer dicha necesidad o solicitud, a menos que la legislación lo autorice de algún otro modo.

I. USOS Y DIVULGACIÓN DE SU PHI QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN.

La legislación nos permite usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito ni ninguna otra forma de autorización en determinadas circunstancias que se detallan a continuación. Ello significa que no debemos consultarle antes de usar o divulgar su PHI a los fines de brindarle tratamiento, solicitar el pago de nuestros servicios o llevar a cabo operaciones de atención médica. Además, podemos usar o divulgar su PHI sin su autorización para otras actividades, o a funcionarios federales y/o estatales.

- **Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.**
 - Podemos usar y divulgar su PHI con el fin de brindarle tratamiento y prestarle servicios relacionados. Podemos divulgar su PHI a nuestros profesionales de atención médica, incluidos médicos, enfermeras y técnicos, a fin de ayudarlos a brindarle tratamiento, y también a los residentes y pasantes que ayuden en la prestación de su cuidado médico.
 - Podemos usar su información y enviar las partes pertinentes a sus aseguradoras con el objeto de determinar su elegibilidad y los beneficios por los servicios que usted recibe y obtener el pago de los servicios prestados.
 - Usted puede pagar su atención médica de forma privada, sin presentar una factura ante la aseguradora.
 - Podemos obtener acceso a su información o enviarla a nuestros abogados o contadores en caso de que necesitemos la información para abordar una de nuestras funciones comerciales, o a nuestros otros socios comerciales a fin de llevar a cabo nuestras operaciones.
- **A otros prestadores de atención médica.** Podemos divulgar su PHI a otros profesionales de atención médica cuando así lo soliciten a fin de brindarle tratamiento, obtener el pago de los servicios que le prestaron o para sus propias operaciones de atención médica.
- **Divulgación a familiares, amigos cercanos o cuidadores.** Podemos divulgar su PHI a los miembros de su familia y familiares, amigos cercanos, cuidadores o demás individuos que usted identifique, siempre y cuando:
 - obtengamos su autorización;
 - le brindemos la oportunidad de objetar la divulgación, y usted no la objete; o
 - deduzcamos de manera razonable que no objetará la divulgación.
- Si usted no se encuentra presente o no puede aceptar u objetar el uso o la divulgación debido a su discapacidad o a una emergencia, podremos ejercer nuestro juicio profesional a fin de determinar si el uso o la divulgación se realizarían en su beneficio. Cuando divulguemos la información a un miembro de su familia, a otros familiares o a un amigo cercano, solo divulgaremos la que consideremos que corresponde directamente a la implicación de dicha persona en su cuidado o en el pago de dicho cuidado. También divulgaremos su PHI a fin de notificar

o ayudar a notificar a dichas personas sobre su ubicación, estado general o fallecimiento. Usted puede solicitar en cualquier momento que NO divulguemos su PHI a ninguno de estos individuos.

- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI para determinadas actividades de salud pública, según lo exija la legislación, lo que incluye:
 - informar su PHI a autoridades de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - proporcionar determinada información sobre inmunización cuando así lo exija la ley, tal como al registro de inmunización estatal o a la escuela de su hijo;
 - informar nacimientos y fallecimientos;
 - informar abuso infantil a autoridades de salud pública o demás autoridades gubernamentales legalmente autorizadas para recibir dichos informes;
 - brindar información sobre productos y servicios conforme a la jurisdicción de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos, tales como las reacciones a medicamentos;
 - notificar a usted y a otros pacientes si un producto o una medicación que lo afecta ha sido retirado del mercado;
 - advertir a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar de alguna manera en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o afección; y
 - proporcionar la información a su empleador según lo exija la legislación que aborda las lesiones y enfermedades laborales o la vigilancia médica en el trabajo.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su PHI a todo organismo de vigilancia de la salud, tal como Medicaid o Medicare, que vigilan los sistemas de atención médica y su prestación, brindan ayuda en auditorías o investigaciones diseñadas para garantizar el cumplimiento de dichos programas de atención médica gubernamentales.
- **Intercambio de información médica.** Nosotros y otros prestadores de atención médica de Nueva Jersey participamos en Jersey Health Connect, un intercambio de información médica (“HIE”, por sus siglas en inglés), lo cual permite que la información del paciente se comparta de forma electrónica mediante una red confiable, a la cual podrán acceder los prestadores que le brindan tratamiento. Podemos divulgar su PHI al HIE, a menos que decida no participar. Para ejercer su derecho de exclusión, comuníquese con Jersey Health Connect llamando al (855) 624-6542 o visite www.jerseyhealthconnect.org para imprimir el formulario que puede enviar por correo o fax.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Cuando tengamos motivo para creer que usted es o puede ser una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su PHI a la autoridad gubernamental correspondiente, lo que incluye organismos de servicios sociales o de protección, los cuales se encuentran legalmente autorizados para recibir dichos informes.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en virtud de una orden judicial, una citación u otro proceso legal durante el período de un procedimiento administrativo o judicial. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI durante el período de una demanda judicial interpuesta contra otra persona o su aseguradora para solicitar una indemnización o daños y perjuicios por lesiones personales que usted haya sufrido.
- **Funcionarios encargados del cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI a la policía o demás funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, según lo exija o permita la ley o en virtud de una orden judicial, una citación u otros procesos legales. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a la policía a fin de identificar un sospechoso, un fugitivo, un testigo esencial o una persona desaparecida. Asimismo, podemos divulgar su PHI a la policía cuando un fallecimiento se encuentre involucrado, el cual consideremos que fue causado por una conducta delictiva ocurrida en nuestras instalaciones. Además, podemos divulgar su PHI cuando sea necesario en una emergencia para informar un delito, identificar a la víctima



de un delito o identificar o ubicar a la persona que probablemente haya cometido dicho delito.

- **Causantes.** Podemos divulgar su PHI a médicos forenses con el fin de identificar o determinar la causa del fallecimiento o a los directores de funerarias para que cumplan sus responsabilidades, según lo permita o exija la ley.
- **Indemnización laboral.** Podemos usar o divulgar su PHI cuando sea necesario a fin de cumplir la legislación estatal sobre indemnizaciones laborales o demás programas similares, por ej., las lesiones laborales que usted haya sufrido.
- **Investigación.** Aunque usualmente solicitaremos su autorización por escrito para cualquier uso o divulgación de su PHI para fines de investigación, podemos usar o divulgar su PHI en determinadas circunstancias sin su autorización por escrito, cuando nuestro comité de investigación haya renunciado al requisito de autorización.
- **Comunicaciones sobre recaudación de fondos.** De manera ocasional, podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o por escrito a fin de solicitarle aportes deducibles de los impuestos para respaldar nuestras actividades. Cuando realicemos esto, podemos divulgar a nuestro equipo de recaudación de fondos determinada información demográfica sobre usted, tal como su nombre, domicilio, número de teléfono y demás información limitada. Usted tiene derecho a ejercer su derecho de exclusión respecto de la recepción de estas comunicaciones y podrá hacerlo en cualquier momento llamando al 973-754-4483 o enviando un correo electrónico a optoutsj@sjhmc.org, o puede comunicarse por escrito a The Foundations of St. Joseph's Health, Annual Giving Manager, 703 Main Street, Paterson, NJ 07503.
- **Salud o seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI cuando sea necesario a fin de prevenir o disminuir la amenaza de violencia física inminente y grave contra usted u otro individuo identificable, o cuando se trate de una amenaza para el público en general.
- **Ejército y veteranos.** En el caso de los miembros de las fuerzas armadas y veteranos, podemos divulgar su PHI según lo soliciten las autoridades de mando militares. Si usted es miembro del personal militar extranjero, se divulgará su PHI a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados con el fin de proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o a mandatarios extranjeros, o a fin de llevar a cabo investigaciones especiales.
- **Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados a fines de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacionales autorizadas por la legislación.
- **Servicios de protección para el Presidente y otras personas.** We may disclose your PHI to authorized federal officials for purposes of providing protection to the President of the United States, other authorized persons or foreign heads of state or for purposes of conducting special investigations.
- **Presos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra de algún modo en custodia de las fuerzas de seguridad, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la ley, cuando sea necesario:
 - para que la institución preste atención médica;
 - para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otras personas; o
 - para la seguridad de la institución correccional.
- **Obtención de órganos y tejidos.** Cuando usted sea donante de órganos, podemos divulgar su PHI a las organizaciones que facilitan o buscan donaciones o trasplante de órganos, tejidos u ojos.
- **Como lo exige la ley.** Podemos usar o divulgar su PHI en otras circunstancias que no sean las descritas anteriormente, cuando así lo exija toda legislación o norma federal o estatal.

II. USOS Y DIVULGACIÓN DE SU PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO.

En general, necesitaremos su **autorización específica por escrito** en nuestro Formulario de autorización de HIPAA para usar o divulgar su PHI para los fines que no sean los descritos antes en la Sección I. Por ejemplo, para que enviemos su información a su aseguradora, usted deberá firmar

nuestro Formulario de autorización de HIPAA y avisarnos qué información quisiera que enviemos.

Solicitaremos su **autorización específica por escrito** para *al menos* la siguiente información, **a menos que** la legislación permita o exija de algún otro modo el uso o la divulgación según se detalló anteriormente:

- **Información sobre el VIH/SIDA.** En la mayoría de los casos, NO divulgaremos ninguna información relacionada con el VIH/SIDA, a menos que su autorización lo indique de forma expresa. No obstante, existen determinados fines para los cuales se nos permite divulgar su información de VIH/SIDA sin la obtención de su autorización expresa. Conforme a la legislación de Nueva Jersey, todos los casos de infección por VIH se informan al Departamento de Salud del estado de Nueva Jersey.
- **Información sobre enfermedades de transmisión sexual.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar información que lo identifique y que revele que tiene o que se sospecha que tiene una enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, podemos usar y divulgar la información relacionada con las enfermedades de transmisión sexual sin obtener su autorización exclusivamente, cuando así lo permita la ley.
- **Información sobre tuberculosis.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar información que lo identifique y que revele que tiene o que se sospecha que tiene tuberculosis (TB). Podemos usar y divulgar la información relacionada con la TB sin obtener su autorización cuando así lo autorice la ley. Por ejemplo, conforme a la legislación de Nueva Jersey, debemos informar su diagnóstico de tuberculosis al Departamento de Salud del estado de Nueva Jersey, incluso si usted no ha otorgado su autorización.
- **Anotaciones correspondientes a psicoterapia.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar anotaciones correspondientes a psicoterapia, a menos que la legislación lo permita de algún modo. No obstante, existen determinados fines para los cuales podemos divulgar las anotaciones correspondientes a psicoterapia sin obtener su autorización por escrito, lo que incluye lo siguiente: (1) llevar a cabo un determinado tratamiento, realizar pagos u operaciones de atención médica; (2) al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a fin de determinar nuestro cumplimiento de la ley; (3) según lo exija la ley; (4) para las actividades de supervisión médica autorizadas por la legislación; (5) a los médicos legistas o médicos forenses, según lo permita la legislación estatal; o (6) con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Salud mental.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar determinada PHI sobre salud mental o información que identifique que usted sufre de una afección de salud mental. Podemos usar y divulgar información relacionada con la salud mental sin obtener su autorización solamente cuando así lo permita la ley. Por ejemplo, si razonablemente consideramos que usted amenaza con provocarse un daño inminente a sí mismo o a otras personas, divulgaremos su información con el fin de protegerlo a usted o a otras personas, incluso si no ha otorgado su consentimiento.
- **Información sobre drogadicción y alcoholismo.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar información relacionada con el tratamiento o rehabilitación de drogadicción y alcoholismo en determinadas circunstancias, tal como cuando recibió tratamiento del abuso de drogas o alcoholismo en un programa o instalación de tratamiento federalmente financiado. Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de usar o divulgar su información genética a fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Podemos usar o divulgar su información genética, o la información genética de su hijo o hija, sin su autorización específica por escrito solamente cuando así lo permita la ley. Por ejemplo, conforme a la legislación de Nueva Jersey, podemos divulgar su información genética con el fin de identificar cuerpos.
- **Información relacionada con el tratamiento emancipado de un menor.** Si usted es un menor que nos solicitó tratamiento emancipado, tal como un tratamiento relacionado con su embarazo o su hijo, o para una enfermedad de transmisión sexual, debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar su PHI relacionada con dicho tratamiento a otra persona, incluidos sus padres o tutores, a menos que la ley lo permita o exija de algún otro modo.
- **Actividades de marketing.** Debemos obtener su autorización específica



por escrito a fin de usar su PHI para proporcionarle material de marketing por correo, correo electrónico o teléfono. No obstante, podemos brindarle material de marketing en persona sin obtener su autorización, además de comunicarle los servicios o productos relacionados con su tratamiento, gestión de su atención médica, coordinación de su atención médica, tratamientos alternativos, terapias, prestadores o características de la atención médica. Si nos otorga su autorización por escrito para que le enviemos material de marketing, tiene derecho a revocarla en cualquier momento. Si desea revocar su autorización, comuníquese con el Funcionario de Privacidad.

- **Actividades en las que recibimos dinero por divulgar su PHI a un tercero.** Para determinadas actividades en las que recibimos alguna remuneración, de forma directa o indirecta, de un tercero a cambio de su PHI, debemos obtener su autorización específica por escrito antes de hacerlo. Sin embargo, no solicitaremos su autorización para actividades tales como tratamientos, salud pública o fines de investigación. Si nos otorga su autorización por escrito, tiene derecho a revocarla en cualquier momento. Si desea revocar su autorización, comuníquese con el Funcionario de Privacidad.

III. SUS DERECHOS.

1. **Derecho a solicitar restricciones adicionales.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones respecto de los usos y la divulgación de su PHI, tal como:
 - para tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
 - para personas que participan en su atención médica o en su pago;
 - para notificar o ayudar a individuos a ubicarlo o a obtener información sobre su afección;
 - su derecho de pagar su atención médica de manera privada, sin presentar una factura ante la aseguradora.

Si bien consideraremos con atención todas las solicitudes de restricciones adicionales sobre cómo usaremos o divulgaremos su PHI, no es necesario que aceptemos su solicitud, **a menos que** esta se relacione exclusivamente con la divulgación de su PHI a un plan de salud o a otro pagador *al exclusivo propósito del pago o de las operaciones de atención médica por un producto o servicio de atención médica que usted o su representante nos haya pagado en su totalidad*. Las solicitudes de restricciones deben presentarse por escrito. Comuníquese con el Funcionario de Privacidad si desea solicitar una restricción.

2. **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar por escrito la recepción de su PHI por vías alternativas y razonables de comunicación o en ubicaciones razonables alternativas.
3. **Derecho de examinar y copiar la PHI.** Usted tiene derecho a examinar y solicitar copias de la PHI que conservamos. Para la PHI que conservamos en cualquier conjunto de archivos designado electrónico, usted puede solicitar una copia de dicha PHI en un formato electrónico razonable, en caso de que puedan producirse fácilmente. No obstante, en limitadas circunstancias, se le puede denegar acceso a una parte de sus registros. Por ejemplo, si su médico considera que determinada información incluida en su registro médico puede ser perjudicial para usted, no le divulgaremos dicha información. Comuníquese con el Departamento de Gestión de Información Médica si desea examinar o solicitar copias de su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable para las copias en papel de su PHI o el monto de nuestros costos de trabajo razonables para una copia de su PHI en formato electrónico.
4. **Derecho a recibir una notificación de incumplimiento.** Tomamos con seriedad la confidencialidad de la información de nuestros pacientes, y la legislación nos exige proteger la privacidad y seguridad de su PHI mediante las garantías adecuadas. Lo notificaremos en caso de que ocurra un incumplimiento que involucre su PHI no asegurada y le informaremos las medidas que deberá adoptar para protegerse.
5. **Derecho a recibir una copia en papel del Aviso de prácticas de privacidad.** Usted puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si aceptó previamente recibir este Aviso por correo electrónico u otro formato electrónico. Comuníquese con el Funcionario de Privacidad para obtener una copia en papel de este Aviso.

6. **Derecho a revocar una autorización.** Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, sin importar si la otorgó de manera oral o escrita. Usualmente, le solicitaremos que revoque su autorización **por escrito** y que se comunique con nuestro Funcionario de Privacidad. Se otorgará toda revocación, salvo en la medida en que ya se haya actuado en virtud de su autorización.
7. **Derecho a solicitar modificaciones.** Usted puede solicitar por escrito que modifiquemos o cambiemos la PHI que conservamos si se comunica con el Director de la Gestión de Información Médica. Cumpliremos su solicitud, **a menos que**:
 - consideremos que la información es exacta y completa;
 - conservemos información que usted nos solicitó que modifiquemos, pero que no creamos ni escribimos; por ej., nos trajeron sus registros médicos de otro médico y los incorporamos a sus registros médicos con nuestros médicos;
 - la información no forme parte del conjunto de archivos designado o de alguna manera no se encuentre disponible para su revisión.

Las solicitudes para realizar modificaciones deben presentarse por escrito.

8. **Derecho a recibir una justificación.** Usted puede solicitar una justificación sobre una determinada divulgación que hayamos realizado de su PHI en el transcurso de seis (6) años desde la fecha de su solicitud de justificación. La primera justificación que solicite en el transcurso de doce (12) meses es sin cargo. Toda justificación subsiguiente que solicite puede incurrir en un cargo razonable para la declaración de justificación. Comuníquese con el Funcionario de Privacidad si desea solicitar una justificación de divulgación. En general, responderemos a su solicitud por escrito en el transcurso de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su solicitud.

IV. NUESTRAS OBLIGACIONES.

La legislación nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle una copia de este Aviso. Además, debemos cumplir los términos del presente Aviso. Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento en el futuro y de elaborar las nuevas disposiciones para el Aviso aplicables a su PHI, incluso si fue creado antes de realizar modificaciones al Aviso. No obstante, si modificamos este Aviso, solamente lo haremos en la medida que lo permita la ley. Asimismo, le proporcionaremos el Aviso revisado y lo publicaremos en un lugar donde todas las personas que nos solicitan servicios puedan leerlo. El Funcionario de Privacidad puede proporcionarle una copia impresa del Aviso.

V. RECLAMOS AL GOBIERNO.

Si usted considera que han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o ante el Funcionario de Privacidad de St. Joseph's Health. Para presentar un reclamo en St. Joseph's Health, comuníquese con el Funcionario de Privacidad en la dirección que aparece a continuación. No se tomarán represalias en su contra por presentar un reclamo ante el gobierno sobre nuestras prácticas de privacidad.

VI. INFORMACIÓN DE CONTACTO.

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir más información sobre este Aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad a:

St. Joseph's University Medical Center
703 Main Street
Paterson, New Jersey 07503
Teléfono: 973-754-2859

VII. AVISO ELECTRÓNICO.

El presente Aviso de prácticas de privacidad también se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.StJosephsHealth.org

HOSPITALES DE ST. JOSEPH'S HEALTH

- St. Joseph's University Medical Center
- St. Joseph's Children's Hospital
- St. Joseph's Wayne Medical Center
- St. Joseph's Healthcare & Rehab Center

Anteriormente St. Vincent's Healthcare & Rehab Center

FOR HOSPITAL OR OTHER FACILITY PATIENTS

YOU MAY RECEIVE TWO OR MORE BILLS FOR SERVICES PROVIDED

TOTAL DIAGNOSTIC OR TREATMENT COST

PHYSICIAN OR PROVIDER'S FEE

HOSPITAL CHARGES OR OTHER FACILITY

Receiving two bills is not the result of a duplicate charge, but a separation of the facility and physician or provider's fees. These services were provided while you were under our care, or at the request of your physicians or providers.

Your bill from the facility may include a separate charge for use of equipment, supplies, and technical services. You may also receive bills from other physicians or providers who were involved with your care if you were a patient in a hospital or other facility.

PARA LOS PACIENTES DEL HOSPITAL U OTROS ESTABLECIMIENTOS

USTED PODRÍA RECIBIR DOS O MÁS FACTURAS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS

COSTO TOTAL DE LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO

HONORARIOS DE MÉDICOS O PROVEEDORES

CARGOS DEL HOSPITAL U OTRO ESTABLEC

Recibir dos cuentas no implica un cargo duplicado, sino una separación de los cargos del establecimiento y los honorarios de los médicos o proveedores. Usted recibió estos servicios como parte de su atención, o a pedido de sus otros médicos o proveedores.

La factura del establecimiento podría incluir un cargo aparte por el uso de sus equipos, suministros y servicios técnico. Es posible que también reciba facturas de otros médicos o proveedores que hayan participado en su atención si usted fue paciente en un hospital u otro establecimiento.



StJosephsHealth.org

Sponsored by the Sisters of Charity of Saint Elizabeth

SUS RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE (Your Responsibilities as a Patient)

Los pacientes y familias juegan un papel importante por medio de la comunicación escrita y verbal. La eficiencia de atención médica, la seguridad del paciente y la satisfacción del mismo, dependen en parte, de que el paciente cumpla con ciertas responsabilidades.

Como paciente, usted es responsable de:

- Asegurarse de que si usted tiene una Directriz Anticipada para Tratamiento Médico, las Instalaciones tengan una copia.
- Designar a un apoderado para la atención médica quien ejercerá sus derechos en caso de que usted no tenga la capacidad de tomar decisiones, sea declarado incompetente o sea menor de edad.
- Dar a su médico y demás proveedores del cuidado de la salud, información precisa y completa sobre dolencias presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones y otros asuntos relacionados con su salud.
- Preguntarle a su médico o enfermero qué esperar en lo que respecta al dolor y al manejo del mismo. Hablar con su doctor o enfermero sobre opciones para el alivio del dolor , a pedir un calmante cuando comience a sentir el dolor, ayudar a su médico y enfermero a evaluar su dolor, decirle a su médico o enfermero si no se alivia el dolor, comentarle a su médico o enfermero cualquier preocupación que tenga sobre medicamentos para el dolor.
- Avisarle a su médico y a el equipo de enfermeros si hay cambios inesperados de su condición.
- Informarle a su médico o enfermero si comprende o no el plan de tratamiento y lo que se espera que usted haga.
- Seguir el plan de tratamiento que se acordó entre usted y el proveedor de cuidado de la salud e informar al personal que lo cuida si anticipa problemas en el cumplimiento de dicho tratamiento.
- Las consecuencias si rehusa el tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor.
- Pedir información sobre sus medicamentos en términos que pueda comprender.
- Cumplir con sus citas y cuando por alguna razón no pueda hacerlo, avisar al médico o a las Instalaciones.
- Respetar los derechos y la privacidad de los otros pacientes y sus familias y ayudar a controlar el ruido y número de visitantes.
- Tratar al personal con respeto y dignidad y cumplir con las reglas y normas de conducta de las Instalaciones.
- Comprender que su firma en una forma de seguro y/o en la forma de admisión a las Instalaciones le da permiso al personal de las Instalaciones a divulgar información relacionada con su hospitalización.
- Garantizar que va a cumplir lo más pronto posible con sus obligaciones financieras por atención médica y asegurarse de brindarle a las Instalaciones información precisa y a tiempo sobre fuentes de pago y capacidad para satisfacer las obligaciones financieras.
- Reconocer el impacto que su estilo de vida tiene en su salud. Su salud depende de mucho más que servicios de atención médica.
- Hablar y hacer preguntas sobre cualquier preocupación que pueda tener.



St. Joseph's Health

St. Joseph's University Medical Center
St. Joseph's Wayne Medical Center

Declaración De Derechos Del Paciente

St. Joseph's University Medical Center
703 Main Street
Paterson, New Jersey 07503
973-754-2000

St. Joseph's Wayne Medical Center
224 Hamburg Turnpike
Wayne, New Jersey 07470
973-942-6900

www.stjosephshealth.org

Sponsored by the Sisters of Charity of Saint Elizabeth

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

La Declaración de derechos del paciente está disponible en árabe e inglés. Si quiere una copia de la Declaración de derechos del paciente en español o en árabe, llame al 973-754-3147.

Se hará todo lo posible para poner a su disposición la Declaración de derechos del paciente en un idioma que pueda entender.

Patient Bill of Rights is available in English. If you would like a copy, please call 973-754-3147.

وثيقة حقوق المريض ومسؤولياتك كمريض متوفرة باللغة العربية. إذا رغبت في الحصول على نسخة منها يمكنك الإتصال
٩٧٣-٧٥٤-٣١٤٧

COMO PACIENTE DE ST. JOSEPH'S HEALTH, TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS SEGÚN LAS LEYES Y REGLAMENTACIONES ESTATALES:

ATENCIÓN MÉDICA – Esperar que, según la capacidad del Centro y de acuerdo con la enseñanza moral de la iglesia católica romana, recibir la atención y los servicios médicos que exige la ley. Estar informado por completo antes de recibir la atención o el tratamiento y participar activamente en la planificación de la atención y el tratamiento. Recibir del médico una explicación comprensible de su condición médica completa, el tratamiento recomendado, los resultados esperados, los riesgos implicados y las alternativas médicas razonables. Si el médico considera que parte de esta información podría ser perjudicial para su salud, o más allá de su capacidad de comprensión, la explicación se debe dar a su familiar más cercano o tutor.

Dar su consentimiento informado y por escrito antes de iniciar los procedimientos o los tratamientos médicos específicos que no sean de urgencia. El médico le debe explicar, con palabras que entienda, la información específica del procedimiento o tratamiento recomendado, los riesgos implicados, el tiempo necesario para la recuperación y las alternativas médicas razonables. Si no puede dar su consentimiento informado, el médico pedirá el consentimiento de su familiar más cercano o tutor.

Rechazar el medicamento y tratamiento después de explicarle claramente las posibles consecuencias de esta decisión, a menos que la situación ponga en peligro su vida o que la ley exija el procedimiento.

Estar incluido en una investigación experimental solo si da su consentimiento informado por escrito. Tiene derecho a negarse a participar en investigaciones experimentales, incluyendo las investigaciones de nuevos medicamentos y dispositivos médicos.

Estar informado de los resultados de la atención, incluyendo los imprevistos.

La familia del paciente tiene derecho a dar su consentimiento informado de la donación de órganos y tejidos.

Que un familiar o representante de su elección participe en las decisiones relacionadas con su atención, tratamiento, servicios o planificación del alta.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN – Estar informado de los nombres y funciones de todos los profesionales de atención médica que le prestan atención personal. Estas personas se deben identificar presentándose o llevando una etiqueta con su nombre.

Recibir, tan pronto como sea posible, los servicios de un traductor o intérprete para facilitar la comunicación entre el paciente y el Personal de atención médica del hospital.

Estar informado de los nombres y funciones de las instituciones de atención médica y de educación externas que participen en el tratamiento. Puede negarse a permitir su participación.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Recibir (o que su familiar más cercano o tutor reciba), cuando se pida, las políticas y los procedimientos por escrito del Centro de los métodos para salvar la vida y el uso o la retirada de los mecanismos de soporte vital. Estar informado por escrito de las normas del Centro sobre la conducta de pacientes y visitas. Recibir un resumen de sus derechos como paciente que incluya el nombre y teléfono del miembro del Personal del centro al que puede hacer preguntas o presentar quejas sobre cualquier posible infracción de sus derechos.

Expresar libremente sus quejas sin estar sujeto a coacción, discriminación, represalias o interrupción sin motivo de la atención, el tratamiento y los servicios.

Conocer las relaciones del Centro con otras personas u organizaciones que participen en la prestación de su atención.

MANEJO DEL DOLOR – Como paciente de este Centro, puede esperar información sobre el dolor y las medidas para aliviarlo, un personal preocupado y comprometido con la prevención y el tratamiento del dolor, profesionales de atención médica que respondan rápidamente a los reportes de dolor, manejo del dolor de vanguardia, especialistas en alivio del dolor, y que se crean sus reportes de dolor.

EXPEDIENTE MÉDICO – Tener acceso rápido a la información en su expediente médico. Si el médico considera que este acceso es perjudicial para su salud, su familiar más cercano o tutor tiene derecho a ver su expediente.

Obtener una copia de su expediente médico, a un cargo razonable, en el plazo de 30 días después de pedirlo por escrito al Centro.

COSTO DE LA ATENCIÓN – Recibir una copia de los cargos de pago del Centro. Si pide una factura desglosada, el Centro se la debe dar y responder a cualquier pregunta que pueda tener. Tiene derecho a apelar cualquier cargo.

Recibir información del Centro si el seguro no cubre una parte o la totalidad de la factura. El Centro tiene la obligación de ayudarlo a obtener cualquier ayuda pública o beneficios de atención médica privada a la que pueda tener derecho.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA – Recibir información y asistencia del médico de atención directa y de otros proveedores de atención médica si necesita coordinar la atención médica continua después del alta del Centro.

Recibir tiempo suficiente antes del alta para organizar la atención médica continua que necesita.

Recibir información del centro sobre cualquier proceso de apelación al que tenga derecho por ley si no está de acuerdo con los planes de alta del Centro.

TRASLADO – Ser trasladado a otro Centro solo cuando usted o su familia lo pidan, o cuando el Centro de traslado no pueda darle la atención que necesita. Recibir una explicación por adelantado de un médico sobre los motivos del traslado y las posibles alternativas.

NECESIDADES PERSONALES – Recibir un trato con cortesía, consideración y respeto por su dignidad e individualidad.

Que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.

Tener un entorno que preserve su dignidad y contribuya a una imagen positiva de usted mismo.

Tener acceso a un espacio de almacenamiento en su habitación para uso privado. El Hospital también

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

debe tener un sistema para resguardar sus bienes personales.

LIBRE DE ABUSOS Y RESTRICCIONES – Estar libre de toda forma de abuso y acoso.

No estar sujeto a restricciones, a menos que las autorice un médico por un período de tiempo limitado para proteger su seguridad o la de otros.

Estar libre del uso innecesario de restricciones físicas o químicas o aislamiento como medio de coacción, conveniencia o represalia.

Acceder a servicios de defensoría y protección en casos de abuso o negligencia.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD – Tener privacidad física durante el tratamiento médico y la higiene personal, como bañarse y usar el inodoro, a menos que el paciente necesite ayuda para su propia seguridad. También se respetará la intimidad del paciente durante otros procedimientos de atención médica y cuando el personal del hospital hable con él.

Recibir tratamiento confidencial de la información sobre usted. La información en su expediente no se revelará a ninguna persona ajena al Centro sin su aprobación, a menos que lo exija la ley.

DERECHOS LEGALES – Recibir tratamiento y servicios médicos sin discriminación por raza, edad, religión, país de origen, sexo, preferencias sexuales, expresión o identidad de género, estado civil, pareja doméstica o estado de unión civil, discapacidad, diagnóstico, capacidad de pago o fuente de pago.

El derecho a ejecutar una Directiva anticipada con respecto a las decisiones al final de la vida de acuerdo con las Leyes federales y estatales de libre determinación del paciente. Ejercer todos sus derechos constitucionales, civiles y legales.

ENFERMERÍA PRIVADA – Contratar directamente un enfermero profesional autorizado de Nueva Jersey que elija el paciente para la atención de enfermería profesional privada durante su hospitalización. Un enfermero profesional autorizado contratado de esta manera cumplirá las políticas y procedimientos del Centro con respecto a los protocolos de tratamiento, siempre y cuando estos requisitos sean los mismos para los enfermeros privados y los enfermeros contratados habitualmente. El Centro, cuando se pida, dará al paciente o a la persona designada una lista de los registros locales de asociaciones de enfermeros profesionales sin fines de lucro que remiten a los enfermeros para la atención de enfermería profesional privada.

PREGUNTAS Y QUEJAS – Para hacer preguntas o presentar quejas formales al Departamento de Relaciones con el Paciente, llame al 973-754-3147 o envíe un correo electrónico a patientrelations@sjhmc.org para recibir una respuesta en un período de tiempo razonable. Puede comunicarse directamente con la línea directa de quejas del Departamento de Salud de Nueva Jersey al 1-800-792-9770. O comunicarse con DNV al 866-496-9647; por fax al 281-870-4818; por correo electrónico: hospitalcomplaint@dnv.com; o escribir a DNV Healthcare USA Inc. Attn: Hospital Complaints, 4435 Aicholtz Road, Suite 900, Cincinnati, OH 45245; o escanee el código QR abajo para presentar una queja en línea.

Esta lista de Derechos del paciente es un resumen abreviado de las leyes y reglamentaciones vigentes en Nueva Jersey que rigen los derechos de los pacientes del hospital. Para obtener información más completa, consulte las reglamentaciones del Departamento de Salud de Nueva Jersey en N.J.A.C. 8:43G-4.1, o la Ley Pública 1989-Capítulo 170, o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en 482.13 Condition of Participation: Patient's Rights (482.13 condición de participación: Derechos del paciente), disponible por medio del Departamento de Relaciones con el Paciente llamando al 973-754-3147.



WHAT YOU NEED TO KNOW ABOUT ADVANCE DIRECTIVES

LO QUE NECESITA SABER ACERCA DE LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS (WHAT YOU NEED TO KNOW ABOUT ADVANCE DIRECTIVES)

Usted tiene el derecho de decidir que tratamiento médico desea recibir y el derecho a rechazar el tratamiento que no desee. Las leyes Federales y Estatales protegen el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico y a suspender cualquier tratamiento comenzado, a través de las Directrices Anticipadas. Las Directrices Anticipadas le permiten nombrar a otra persona para que tome decisiones por usted y/o haga constar sus preferencias de tratamiento si no estuviera en condiciones de hacerlo por sí mismo. Cuando ud. es admitido a un hospital, hay una ley Federal llamada "Acto de Autodeterminación del Paciente" ("The Patient Self-Determination Act") la cual requiere que usted sea notificado por escrito acerca de su derecho a tener una Directriz Anticipada y a que se acepte si usted tiene ya una Directriz Anticipada existente cuando sea admitido al hospital.

Datos Acerca de las Directrices Anticipadas

¿Qué es una Directriz Anticipada?

Una Directriz Anticipada es una declaración, preferiblemente escrita, que permite a sus doctores y a otros profesionales médicos ser informados de los tratamientos médicos que usted quisiera o no quisiera recibir en caso de que usted se encuentre incapacitado y no pueda hablar para hacer constar sus deseos.

¿Qué tipos de Directrices Anticipadas hay?

Las dos formas más conocidas de Directrices Anticipadas son:

Un apoderado para la atención médica – es una persona que usted elige y designa para tomar decisiones médicas en caso de que no pueda comunicarse por usted mismo. Su apoderado tiene poder para tomar decisiones sobre su atención médica solamente cuando esté incapacitado y no pueda tomar decisiones por usted mismo. A un apoderado para la atención médica a veces también se le conoce como un apoderado legal permanente para casos del cuidado de la salud, apoderado médico, agente para la atención médica, o representante para casos del cuidado de la salud.

Testamento en Vida – es una declaración escrita que expresa qué clase de tratamientos médicos usted desea o no desea recibir de un profesional médico o una institución médica, así como instrucciones para el cuidado de su salud que usted desee hacer saber en caso de que no pueda hablar o comunicarse por usted mismo.

¿Por qué debo tener una Directriz Anticipada?

Porque cuando usted planea con anticipación, usted puede dar instrucciones específicas acerca de tratamientos y/o designar a alguna persona de confianza para que tome decisiones médicas por usted. Las personas adultas en New Jersey tienen derecho a aceptar o rechazar tratamientos médicos y las Directrices Anticipadas le permiten expresar sus preferencias específicas cuando usted no puede hablar.

Yo estoy saludable. ¿Por qué debo preparar una Directriz Anticipada ahora? ¿No puedo esperar?

Es mejor preparar una Directriz Anticipada cuando usted se encuentra bien de salud, cuando puede pensar claramente y puede comunicar sus deseos a miembros de su familia y amistades. Estas decisiones es mejor hacerlas sin la tensión y crisis de una enfermedad. Sin embargo, usted puede completar una Directriz Anticipada en cualquier momento, mientras usted esté capacitado para hacerlo. La "capacidad" es una determinación hecha por un doctor quien concluye si el paciente puede o no puede tomar decisiones por sí mismo.

¿Qué debo hacer con mi Directriz Anticipada una vez que la tenga hecha?

Siempre debe hacer saber que usted tiene una Directriz Anticipada, aún cuando no le pregunten! Pida que forme parte de su expediente médico. Usted también puede llevarla consigo, o usar una tarjeta para su billetera, llamada "Poder para Atención Médica". Usted debe darle copias de todas sus Directrices Anticipadas a sus doctores, apoderado para la atención médica, clínica, hospital y a cualquier amistad o miembro de su familia que usted desee. Si es posible, usted debe traerla cuando vaya a ser ingresado al hospital.

¿Por cuánto tiempo se mantiene en efecto mi Directriz Anticipada?

Una Directriz Anticipada se mantiene en efecto indefinidamente a no ser que usted incluya una fecha de vencimiento o la cambie.

¿Serán mis Directrices Anticipadas cumplidas en otros estados?

Serán cumplidas mientras que estén de acuerdo con las leyes del estado en que se encuentre.

¿Son las Directrices Anticipadas solamente para decisiones relacionadas con los últimos días de vida?

No. Estas sirven de guía en lo concerniente a su tratamiento médico en cualquier momento en que usted no pueda tomar decisiones por usted mismo.

¿Tengo yo que hacer una nueva Directriz Anticipada si ingreso a un hospital diferente, si soy trasladado a un sanatorio o si soy dado de alta?

No. El Poder para la Atención Médica y Directrices Anticipadas permanecen vigentes hasta que ud. las cambie o las cancele.

¿A quién puedo nombrar para ser mi apoderado para la atención médica?

Usted puede nombrar a cualquier persona en quien usted confíe que pueda tomar decisiones si no las puede hacer por usted mismo. Su apoderado para la atención médica no puede ser menor de 18 años de edad y debe ser capaz de tomar decisiones médicas por usted.

¿Podría yo tener más de un apoderado para la atención médica?

No, usted solamente puede tener un apoderado para la atención médica. Sin embargo, puede nombrar a un alterno en caso de que no se logre comunicar con su apoderado para la atención médica.

WHAT YOU NEED TO KNOW ABOUT ADVANCE DIRECTIVES

¿Debe saber mi apoderado para la atención médica que él o ella ha sido nombrado?

Sí, aunque la ley no exige que usted notifique a su apoderado, es importante comunicar sus deseos a su apoderado para la atención médica y dejarle saber que ud. lo ha elegido para esta tarea tan importante. Es también de vital importancia que ud. le de instrucciones y guía, así como el mayor número de detalles posibles acerca de sus preferencias. También debe darle a su apoderado una copia del documento.

¿Puedo yo cambiar mi apoderado para la atención médica después de firmado el documento?

Sí, la Directriz Anticipada más reciente es la que tiene vigencia. Sin embargo, es buena idea notificarle a su apoderado, a su doctor, al hospital y a su familia de estos cambios. Es aconsejable hacer los cambios por escrito. Si usted estuviera muy enfermo para escribir, usted puede declarar sus deseos verbalmente o pedirle a otro adulto que firme la Directriz Anticipada por usted teniendo dos testigos, preferible tres, que no sean ni el apoderado ni el apoderado alterno.

Yo tengo un apoderado legal. Es esto lo mismo que un apoderado para la atención médica o un apoderado para el cuidado de la salud?

No, un apoderado para atención médica, (también llamado apoderado legal para el cuidado de salud) es diferente a un apoderado legal. Un apoderado legal tiene que ver solo con asuntos financieros. Estos son dos documentos legales diferentes y cada uno requiere formulario separado.

¿Y si no hubiera nadie a quien yo quisiera nombrar como mi apoderado para la atención médica?

Usted puede completar el "testamento en vida" donde da a conocer los tratamientos que desea o no desea recibir. Puede ser tan explícito como crea necesario.

¿Puedo yo tener un testamento en vida y un apoderado para la atención médica?

Sí, usted puede tener los dos, un testamento en vida y un apoderado para la atención médica. Un testamento en vida puede ayudar a orientar a su apoderado para la atención médica.

¿Necesito yo un abogado para designar a un apoderado para la atención médica?

No.

¿Como designo yo un apoderado para la atención médica y un testamento en vida?

Usted necesita designar su apoderado o notificar sus deseos por escrito. En realidad, usted ni siquiera necesita un formulario especial, aunque puede obtener uno fácilmente del hospital o del doctor. Usted necesita firmar y ponerle la fecha a su Directriz Anticipada y tiene que ser firmada y atestiguada por lo menos dos o preferible tres personas que sean mayores de 18 años de edad que no sean ni el apoderado ni el apoderado alterno. El documento no necesita ser notariado.

¿Hay algunas decisiones que mi apoderado no pueda tomar?

Sí no limita a su apoderado a que tome decisiones relacionadas con el cuidado de su salud, él o ella pueden decidirse por el mismo tratamiento que ud. hubiera escogido. Los apoderados pueden tomar decisiones relacionadas con los últimos días de su vida, las cuales incluyen limitar o suspender tratamientos que prolongan la vida.

¿Por qué tengo que nombrar a un apoderado para la atención médica si hay miembros de mi familia a quienes se les puede pedir que tomen decisiones si yo no estoy capacitado para hacerlo?

Cuando ud. nombra una persona como su apoderado, ud. le da el poder legal para tomar decisiones. El apoderado puede revisar su expediente médico y

obtener información médica confidencial, ésta puede serle útil al momento de decidir. El apoderado solo puede usar este privilegio mientras que toma una decisión médica si ud. no está capacitado para hacerlo por sí mismo. Puede que a los miembros de familia que no fueron nombrados apoderados legales, no se les permita obtener esta información. El poderado puede también suspender un tratamiento si cree que no es en su mejor interés o si considera que ud. no lo hubiera deseado. Ud. puede nombrar una persona que no sea de su familia para no agobiar a sus familiares con decisiones médicas y para evitar conflictos.

¿Cómo toma mi apoderado decisiones en mi nombre?

Su apoderado para la atención médica es designado para llevar a cabo sus instrucciones y actuar a su favor cuando usted no lo pueda hacer. Las decisiones que su apoderado tome deberán ser basadas en sus deseos y en todo lo que él o ella conozcan acerca de usted. Por eso es tan importante comunicarle sus deseos a su apoderado. Si usted no ha dejado instrucciones específicas, entonces su apoderado tendrá que determinar lo que usted hubiera deseado tomando en cuenta sus decisiones y comportamiento previos y lo que esa persona conozca acerca de usted, al igual que lo que sería mejor para usted. Los profesionales médicos deben suministrar a su apoderado toda la información médica necesaria para tomar decisiones, al igual que proveer acceso a los expedientes médicos.

Información sobre la Directriz Anticipada Psiquiátrica (DAP)

¿Que es una Directriz Anticipada Psiquiátrica (DAP)?

Es un documento legal que le permite dar instrucciones para un futuro tratamiento de salud mental o para designar a un apoderado para que decida futuros tratamientos para su salud mental. Este documento es usado cuando sufre episodios de enfermedades psiquiátricas agudas y está imposibilitado para tomar o comunicar decisiones sobre el tratamiento.

¿Por qué quiero crear una DAP?

Existen dos principales razones:

1. La DAP hace posible que usted sea tratado de acuerdo con sus peticiones.
2. Crear una DAP puede contribuir a un más informado y abierto dialogo con el proveedor del tratamiento.

¿Cuándo puedo ser considerado "incapaz"?

Generalmente incapacidad significa que en la opinión de un médico o psicólogo designado usted no posee suficiente entendimiento o capacidad para tomar o comunicar decisiones sobre el tratamiento mental.

¿Existen condiciones en las que no se cumpla mi DAP?

Su DAP no se cumplirá si:

1. Hay conflictos con las prácticas estándares generalmente aceptadas en la comunidad.
2. Los tratamientos solicitados no son posibles o no están disponibles.
3. Causan conflictos con los tratamientos de emergencia.
4. Causan conflictos con la ley establecida.

Si desea más informe sobre las Directrices Anticipadas o ayuda para completar las formas, por favor llame al Departamento de Ayuda Pastoral 973-754-3015

Para su buena salud y protección

Las manos limpias cuentan

POR FAVOR, PREGUNTE



Lavarse las manos es una de las mejores maneras de prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. Si no está seguro de que su proveedor de atención médica se haya desinfectado bien las manos, ¡pregunte!



Ofrece un ambiente seguro para todas sus necesidades de atención médica.

Patrocinado por Sisters of Charity of Saint Elizabeth

Normas de Seguridad para Pacientes sobre Medicamentos
(Medication Safety Guidelines for Patients)

Normas Generales Cuando Toma Medicamentos

- Sepa el nombre del medicamento que está tomando – tanto el nombre genérico como el de la marca
 - Sepa la dosis o cantidad de medicamento que está tomando
 - Sepa cuándo tomar su medicamento
 - Sepa cómo almacenar su medicamento
 - Sepa los efectos secundarios de esperar
 - Sepa qué hacer si se salta una dosis o toma de más
- Sepa qué alimentos debe evitar o agregar a su dieta
 - Informe a su médico y farmacéutico sobre los medicamentos que toma sin haber sido recetados, como las vitaminas, remedios a base de hierbas, té, medicamentos para resfríos, analgésicos. Éstos pueden reaccionar con sus medicamentos recetados.



Preguntas Para Hacerle a su Médico

- ¿Por qué razón tomo este medicamento?
 - ¿Cómo sabré si el medicamento me está dando resultado?
 - ¿Cuánto tiempo tardará el medicamento en darme resultado?
 - ¿Qué debo hacer si el medicamento no parece dar resultado?
 - ¿Por cuánto tiempo debo tomar el medicamento?
- ¿Qué debo hacer si me siento mejor, puedo dejar de tomar el medicamento?
 - ¿Qué debo hacer si me siento peor, puedo dejar de tomar el medicamento?
 - ¿Puedo tomar medicamentos sin receta o a base de hierbas?



Conserve sus Listas/Registros

- Mantenga una lista de los medicamentos que toma a diario con el nombre, razón, dosis e indicaciones especiales.
- Anote en una hoja de control cada vez que tome un medicamento o use un pastillero con los días de la semana para llevar la cuenta.
- Comparta la información de la lista de medicamentos (con y sin receta) con cada médico que visite.
- Elija una farmacia en donde tengan en archivo todas la medicinas que ha ordenado.
- Recuerde avisarle a su médico y farmacéutico de cualquier alergia a alimentos o medicamentos que pueda tener.



NUNCA

- ◆ Tome más de la cantidad recetada de medicamento sin antes consultar a su médico.
- ◆ Tome prestado un medicamento recetado de otra persona.
- ◆ Mezcle el alcohol con los medicamentos.
- ◆ Le dé el medicamento que ha sido recetado para usted a otra persona.



Evite la Interacción de Medicamentos

- ★ **Alimentos con medicamentos:** Sepa qué alimentos debe evitar o agregar a su dieta.
- ★ **Medicamento con medicamento:** Algunos medicamentos reaccionan entre sí causando efectos adversos o beneficiosos. Su médico y farmacéutico deben conocer todos los medicamentos recetados o no recetados que toma para prevenir reacciones no deseadas entre los mismos.





American Heart Association.
Healthy for Good™

CÓMO DEJAR DE FUMAR



✓ CONOZCA LOS RIESGOS

El primer paso para dejar de fumar, vapear y consumir tabaco es comprender los riesgos y los efectos que tiene sobre usted y su familia.

- ➔ Un año después de dejar de fumar, el riesgo de cardiopatía se ve reducido a la mitad.
- ➔ Fumar es la principal causa evitable de muerte en los EE. UU. Está relacionado con aproximadamente un tercio de todas las muertes por enfermedades cardíacas y el 90% de cánceres pulmonares.
- ➔ Fumar daña su sistema circulatorio y aumenta el riesgo de padecer varias enfermedades.
- ➔ Los cigarrillos, los cigarrillos electrónicos y los productos del tabaco contienen numerosas sustancias químicas tóxicas, al igual que el humo, el vapor y los líquidos.
- ➔ El consumo de tabaco y la adicción a la nicotina representan una crisis cada vez más grave entre los adolescentes y los adultos jóvenes. Puede ser una de las millones de personas que consiguen dejarlo cada año.
- ➔ Vapeo y tabaquismo pasivo.
- ➔ Aproximadamente la mitad de los niños de los EE. UU. entre 3 y 11 años se encuentran expuestos al humo y vapor indirecto.

✓ DISEÑE UN PLAN PARA DEJAR DE FUMAR

Es más probable que deje de fumar para siempre si prepara un plan que se adapte a su estilo de vida.

FIJE una fecha para dejar de fumar de no más de 7 días.

ELIJA un método: del todo o poco a poco.

DECIDA si necesita ayuda de un profesional de la salud, un sustituto de la nicotina o algún medicamento.

PREPÁRESE para el día que fijó. Piense en cómo va a enfrentar la ansiedad y los impulsos.

DÉJELO el día que fijó.



CONSEJOS



ENFRENTA LAS GANAS DE FUMAR

Conozca qué factores las desencadenan, ya sean físicos o mentales, y planifique cómo enfrentarlos. Evite las situaciones que le provoquen ganas de fumar o de consumir tabaco hasta que esté seguro de que puede manejarlas.



MANTÉNGASE ACTIVO

La actividad física puede ayudarlo a controlar el estrés y las ganas de fumar después de dejarlo. También se sentirá mejor.



CONTROLE EL ESTRÉS

Aprenda otras formas saludables para controlar el estrés después de dejar de fumar.



OBTENGA APOYO

Un sistema o programa de apoyo puede ayudarlo con algunas de las dificultades más comunes para dejar de fumar. 1-800-QuitNow



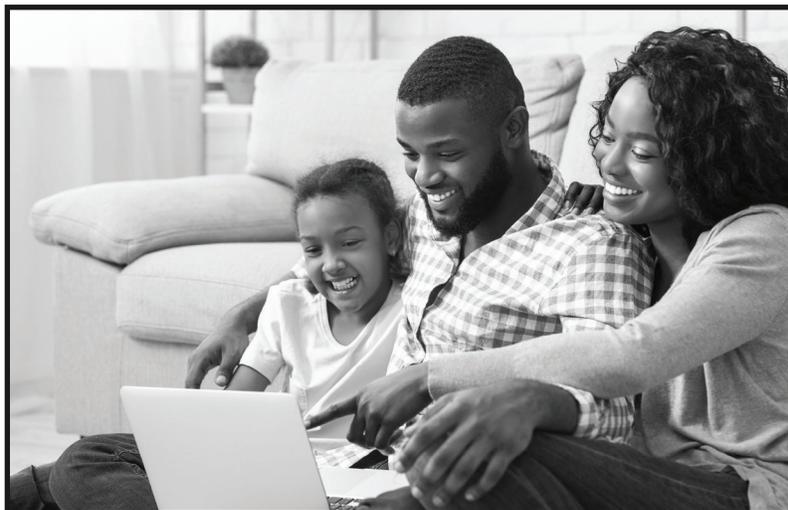
PERSEVERE

Dejar de fumar requiere de mucha fuerza de voluntad. Dese un premio cuando alcance sus metas y perdónese cuando dé un paso atrás. Retome el rumbo en cuanto sea posible para dejar el hábito para siempre.

Obtenga más información en heart.org/lifes8

PORTAL DEL PACIENTE DE ST. JOSEPH'S HEALTH

Mi salud... Mis resultados



¿Qué es MyStJosephsRecord?

MyStJosephsRecord es el portal del paciente de St. Joseph's Health. Un portal del paciente le ofrece acceso electrónico a sus expedientes de salud y a la información sobre su cuidado. Una vez que esté inscrito en MyStJosephs Record, puede acceder desde su computadora, tableta o teléfono. MyStJosephsRecord es práctico, gratuito y seguro.

MyStJosephsRecord es una forma sencilla de revisar sus expedientes médicos y la información sobre su cuidado, lo que incluye:

- Resultados de análisis de laboratorio, radiología (los resultados de diagnóstico están disponibles 36 horas después del alta)
- Listas de medicamentos
- Alergias y vacunas
- Resúmenes de su cuidado
- Información de salud, bienestar y educación

Gestionar sus servicios, lo que incluye:

- Ver todas las citas
- Programar o reprogramar una cita

- Iniciar una visita programada de telesalud
- Responder cuestionarios previos a una visita
- Enviar mensajes a sus proveedores de atención médica
- Solicitar un resurtido o renovación de una receta médica
- Acceder a los pagos de facturas en línea También puede llenar formularios previos a una visita antes de la misma

¿A qué información puedo acceder?

Puede tener acceso a información sobre:

- Instrucciones para el alta
- Medicamentos
- Los resultados estarán disponibles 36 horas después del alta

¿Quién puede usar el portal del paciente de St. Joseph's Health?

El acceso al portal del paciente está disponible para casi todos los pacientes de St. Joseph's Health, salvo los menores de edad; el acceso se otorga a los padres o tutores legales.



Sponsored by the Sisters of Charity of Saint Elizabeth

¿Cómo me inscribo?

Para acceder a MyStJosephsRecord

- Puede inscribirse en su próxima visita o estadía en el hospital
- Dispone de ayuda por parte de un miembro capacitado del personal de St. Joseph
- Cuando proporcione una dirección de correo electrónico válida y acepte el acceso, recibirá una invitación por correo electrónico para finalizar el proceso de registro. Una vez que complete esos pasos, se le indicará que inicie sesión en el portal del paciente.

Puede inscribirse en línea a través de <https://www.stjosephshealth.org/portal>, autoinscribirse llenando el formulario de “autoinscripción”. También puede sencillamente escanear el código QR que se muestra a continuación. Para inscribirse, debe tener una dirección registrada de correo electrónico.



¿Qué sucede si no tengo una cuenta de correo electrónico?

Es necesario tener una cuenta de correo electrónico para crear una cuenta en el portal. Visite un servicio en línea que ofrezca una cuenta de correo electrónico gratuito.

¿La información de mi expediente médico está protegida?

Sí. El portal del paciente de St. Joseph’s Health usa las medidas de seguridad más efectivas. Esto incluye

una conexión segura y una contraseña para proteger su información médica.

¿Qué necesito cuando un miembro del personal de St. Joseph’s me ayude a crear una cuenta en el portal del paciente MyStJosephsRecord?

Se le pedirá que muestre una identificación válida con fotografía y debe tener una cuenta válida de correo electrónico para registrarse en MyStJosephsRecord.

¿Cómo accedo a MyStJosephsRecord?

Ahora puede acceder a MyStJosephsRecord desde su computadora, tableta o teléfono. Puede ver e imprimir sus expedientes ingresando en su cuenta a través de <https://stjosephshealth.org/portal>. Puede descargar la aplicación St. Joseph’s Health Portal para dispositivos Apple o Android desde la tienda de aplicaciones de su dispositivo móvil. Una vez que se haya inscrito, ingrese a su cuenta usando su nombre de usuario y contraseña.

¿Qué sucede si olvido la información de ingreso a mi cuenta?

Si usted olvida su contraseña para ingresar al portal del paciente MyStJosephsRecord, vaya a la pantalla de ingreso y haga clic en el enlace “Forgot Password? (¿Olvidó su contraseña?)”. Escriba su dirección de correo electrónico o nombre de usuario, marque la casilla “I’m not a robot (No soy un robot)” y haga clic en “Next” (Siguiente). Escriba la respuesta a su pregunta de seguridad y restablezca su contraseña.



St. Joseph’s Health ahora le ofrece la posibilidad de ver de forma segura su información de salud en las aplicaciones participantes de gestión de la salud. Este proceso nuevo conecta de mejor manera sus datos de salud y bienestar, lo que les permite a usted y su equipo de cuidados tomar decisiones informadas.

Cómo acceder:

Si le interesa esta oportunidad, comuníquese con nosotros al siguiente número. Una vez que recibamos su solicitud y se cumplan los requisitos técnicos, St. Joseph’s Health trabajará para establecer una conexión segura con la(s) aplicación(es) móvil(es) de su elección.

Equipo de soporte del portal de salud de St. Joseph

1-888-580-5739

las 24 horas del día, los 7 días de la semana.