

Guía del paciente

axiscommunityhealth

Bienvenido

¡Bienvenido a Axis Community Health! Nuestra misión es proveer servicios de salud médica económicos, accesibles y compasivos, que promuevan el bienestar de todos los miembros de la comunidad. Ofrecemos servicios de salud para satisfacer todas sus necesidades. Nuestro personal espera poder colaborar con usted ayudándolo a mantenerse saludable.

Servicios a su disposición en Axis

Medicina de adultos

Pediatría

Planificación familiar

Salud de la mujer

Atención prenatal

Servicios dentales

Salud conductual integrada

Servicios de inscripción

Vacunas

Pruebas para la detección de la tuberculosis (TB)

Pruebas para la detección del embarazo

Consejería de salud mental

Tratamiento para adicciones

Programa sobre alcohol y drogas para conductores (DUI)

Pruebas para la detección de enfermedades de transmisión sexual (STI)

Podología

Programa para dejar de fumar

Educación sobre el asma

Educación sobre nutrición

Programa sobre nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC)

CENTRO	SERVICIOS PRESTADOS	HORARIO DE ATENCIÓN
5925 W. Las Positas Blvd. Suite 100 Pleasanton, CA 94588 Teléfono: 925-462-1755	Medicina de adultos Pediatria Atención prenatal Planificación familiar Salud de la mujer Salud conductual Servicios de inscripción	Lunes a jueves 8:30 am a 9:00 pm Viernes 8:30 am a 5:00 pm 1. ^{er} , 3. ^{er} y 4. ^o sábado del mes 8:45 am a 1:00 pm
4361 Railroad Ave. Pleasanton, CA 94566 Teléfono: 925-462-1755	Medicina de adultos Pediatria Atención prenatal Planificación familiar Salud de la mujer Salud conductual Servicios de inscripción	Lunes a jueves 8:30 am a 9:00 pm Viernes 8:30 am a 5:30 pm Sábado solo con cita
3311 Pacific Ave. Livermore, CA 94550 Teléfono: 925-462-1755	Medicina de adultos Pediatria Atención prenatal Planificación familiar Salud conductual Servicios de inscripción	Lunes y miércoles 8:30 am a 9:00 pm Martes, jueves y viernes 8:30 am a 5:00 pm .er y 3.er sábado del mes 8:45 am a 1:00 pm
7212 Regional Street Dublin, CA 94568 Teléfono: 925-462-1755	Servicios dentales Salud conductual	Lunes a viernes 8:45 am a 5:30 pm Cerrado en el horario de almuerzo 12:45 pm a 1:30 pm
1991-H Santa Rita Road, Pleasanton, CA 94566 Teléfono: 925-462-2365	Programa sobre nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC) Nutrición complementaria para mujeres, bebés y niños	Lunes, miércoles, jueves y viernes 8:30 am a 4:45 pm Martes 8:30 am a 5:45 pm

Para confirmar las horas de operación, por favor llame (925) 462-1755.

Axis es su Hogar Médico

Dado que Axis es ahora su centro médico, lo acompañaremos en cada paso del camino. Nuestro equipo humanitario de profesionales le ayudará a obtener la atención que necesita en nuestros centros de salud y lo conectará con proveedores de atención especializada si es necesario. Nuestro objetivo es colaborar con usted ayudándolo a elaborar un plan de atención médica que logre y mantenga su bienestar.

Para Hacer Una Cita

Llame al 925-462-1755 para hacer una cita. Nuestro centro de llamadas atiende de lunes a jueves, de 8:30 am a 6:00 pm, y los viernes de 8:30 am a 5:00 pm. Puede hacer sus citas de rutina por adelantado, y ofrecemos citas del mismo día durante el horario de atención regular de la clínica para atender necesidades médicas y dentales de urgencia. Citas para servicios de salud conductual pueden estar disponibles del mismo día.

Para ofrecerle una continuidad de atención, le recomendamos seleccionar un proveedor de Axis al cual verá consistentemente. Para ver una lista de nuestros proveedores e información relacionada con sus antecedentes, visite nuestra página web en axishealth.org. El personal de nuestro centro de llamadas también puede ayudarle a elegir un proveedor. Puede comunicarse con el personal al 925-462-1755.

Servicios sin cita

Pruebas de embarazo y pruebas de tuberculosis están disponibles sin cita en nuestras dos clínicas médicas. Por favor llame a 925-462-1755 para más información.

Servicios de interpretación

Axis hace todo lo posible para proporcionar servicios de interpretación para los pacientes que no hablan inglés o que tienen problemas de audición. Si necesita estos servicios gratuitos, infórmeles a los operadores de nuestro centro de llamadas cuando haga su cita. Es posible que para algunos servicios no haya traducción.

¿Qué debo llevar a mi visita?

- Identificación con fotografía.
- Tarjeta de seguro.
- Todos los medicamentos actuales (para las citas médicas solamente).
- Una lista de otros proveedores que haya consultado para que podamos coordinar su cuidado médico.

Copagos

Todas las tarifas y copagos deben pagarse al momento de su visita.

Póliza de Escala Variable de Tarifas

Axis ofrece un programa de descuento para personas de bajos recursos que son elegibles. Información sobre costos y elegibilidad está disponible en la recepción.

Política de retraso

Por favor llegue 15 minutos antes del horario de su cita. Si llega tarde, es posible que se le solicite reprogramar su cita.

Atención fuera del horario regular

Médica y Dental

Cuando nuestro consultorio médico esté cerrado y usted tenga preguntas o preocupaciones, un proveedor estará disponible por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede comunicarse con el proveedor de guardia llamando al 925-462-1755.

Si tiene una emergencia, llame al 911.

Salud conductual

Si tiene una necesidad de salud conductual urgente cuando nuestro consultorio esté cerrado, llame al 911 o a la **Línea de crisis del condado de Alameda al 800-309-2131.**

Referencias a otros proveedores

Si es necesario, Axis lo conectará con otros proveedores o especialistas, y coordinaremos su cuidado con otros proveedores. Si lo referimos a otro proveedor, el proceso puede tardar hasta tres días hábiles. Una vez que reciba la confirmación de Axis de que hemos encontrado al proveedor externo y recibido la autorización para su cita, deberá llamar directamente al otro proveedor para hacer su cita.

Surtir sus recetas

Comuníquese con su farmacia cinco días hábiles antes de que se le termine el medicamento. Las recetas pueden requerir una cita médica o dental a fin de recibir una orden del médico para medicamentos adicionales.

Registros médicos

El Departamento de Registros Médicos de Axis se encuentra en nuestra clínica de Pleasanton ubicada en Railroad Avenue. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m. Para obtener una copia de sus registros médicos, complete un formulario de autorización, que puede conseguir en una de nuestras clínicas médicas. Una vez que nuestro personal reciba su formulario de autorización completo, espere hasta siete días hábiles para su procesamiento. Según las instrucciones, transmitiremos sus registros directamente a otro proveedor o los pondremos a disposición para recogerlos en nuestras clínicas de Pleasanton o Livermore. Puede comunicarse con nuestro Departamento de Registros Médicos al 925-462-1755.

Para los registros del programa sobre alcohol y drogas para conductores (DUI), trabaje directamente con su coordinador de DUI.

Elegibilidad y servicios de inscripción

Podemos ayudarle a solicitar servicios de salud de bajo costo, incluyendo la cobertura de Medi-Cal y Denti-Cal y los planes de salud disponibles a través de Covered California. Llame al 925-462-1755 para hacer una cita. Se ofrecen servicios de inscripción sin cita previa de acuerdo con la disponibilidad del personal.

Citas médicas y dentales: política de inasistencia

Tenga en cuenta que cuando programa su cita estamos reservando tiempo para sus necesidades particulares. Le rogamos que si tiene que cambiar su cita, nos avise al menos dos horas antes. Esta gentileza hace posible que le demos su tiempo reservado a otro paciente. Si no cancela su cita al menos dos horas por anticipado, se considerará como una inasistencia. Tenga en cuenta que las inasistencias se cuentan a partir del inicio del cada año calendario.

1st inasistencia Se le recordará sobre su cita omitida por carta, así como a través de una copia de nuestra política de inasistencia.

2nd inasistencia Se le enviará una carta para mostrarle sus citas omitidas, así como una copia de nuestra política de inasistencia.

3rd inasistencia: comienza el estado de citas en el mismo día

Se le enviará una carta con una lista de sus citas omitidas junto con nuestra política de inasistencia. En adelante, solo podrá programar citas en el mismo día. No se garantizarán las citas en el mismo día.

4th inasistencia: comienza el estado de citas sin cita previa

Se le enviará una carta con una lista de todas las citas omitidas. Durante el resto del año, deberá acudir a una clínica para solicitar una cita del mismo día. No se garantizarán las citas y solo es tarán disponibles si hay cancelaciones ese día.

Citas de salud conductual: política de asistencia

Su tratamiento es sumamente importante para nosotros, y asistir a las citas de salud conductual de forma regular y constante le ayuda a aprovechar al máximo la experiencia. Por este motivo, esperamos que llegue de forma constante a las citas, y que si necesita cancelar, avise como mínimo 24 horas por adelantado. Puede cancelar llamando al 925-462-1755 o dejando un mensaje a su terapeuta directamente. Tenga en cuenta que tendrá una cantidad limitada de cancelaciones o inasistencias a citas permitidas para poder continuar recibiendo nuestros servicios:

- Los servicios de salud conductual pueden terminarse si cancela su cita más de cuatro veces en un período de seis meses.
- Si omite su sesión sin notificarnos por anticipado, puede perder también sus servicios de salud conductual.
- Cuando participa en servicios de salud conductual, esperamos que asista a todas las citas programas en horario y de forma constante.

Derechos y responsabilidades de los pacientes

Axis Community Health se compromete a brindar cuidado médico de alta calidad y económica para las personas que reciben nuestros servicios. Brindaremos atención independientemente del sexo, la orientación sexual, la cultura, la situación económica, la educación, la religión, el idioma, la edad, la raza, el color, el lenguaje, la nacionalidad de origen, la duración de la residencia, la discapacidad o fuente de pago de su cuidado.

Mientras sea un paciente de Axis Community Health, tiene derecho a:

- Conocer los servicios disponibles a través de Axis, incluyendo el nombre de su proveedor médico y sus cualificaciones. La aceptación y participación en los servicios es voluntaria y no es un requisito para acceder a otros servicios comunitarios.
- Recibir información acerca de las y una copia de sus derechos antes de recibir cuidado médico.
- Ser tratado con respeto, consideración, dignidad, y tener a su disposición servicios de interpretación gratuitos si no habla inglés.
- Participar en la planificación de su tratamiento, pedir más información y que se le respondan sus preguntas. También tiene derecho a negarse al tratamiento.
- Confidencialidad de todas las comunicaciones y los registros, de acuerdo con las leyes estatales y federales, sin que se puedan divulgar los registros sin su consentimiento por escrito.
- Tener acceso a sus registros según corresponda a las normas de la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Se concederá el acceso a pedido y de conformidad con su proveedor de salud médica o conductual (se aplican leyes diferentes para la divulgación de los registros médicos y los de salud mental). Una vez que se conceda el acceso, recibirá una copia y se le cobrará el costo de reproducción.
- Debe reunirse con el Departamento de Servicios para Pacientes para solicitar tarifas con descuentos basado en su necesidad, y para que se le informen todos los cargos de los servicios.
- Hable con el director del departamento sobre cualquier pregunta o problema que tenga, y para cambiar de proveedor si se justifica y el director lo aprueba (sin embargo, no podemos garantizar que todas las solicitudes de cambio de proveedor se lleven a cabo). También tiene derecho a recibir información sobre cómo presentar una queja.

Como paciente, tiene la responsabilidad de:

- Participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud, hacer preguntas y usar medicamentos o los aparatos médicos solamente usted.
- Proporcionar información precisa y completa sobre su salud, sus antecedentes médicos y su información personal.
- Entender los costos relacionados con su atención y pagar sus copagos, tarifas y otros cargos al momento del servicio.
- Ser respetuoso con el personal de Axis y con otros pacientes.

Este aviso describe cómo la información médica acerca de usted puede ser utilizada y revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor lea cuidadosamente.

Nosotros comprendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que ofrecemos y podemos recibir esos registros de otros lugares. Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad.

Cómo este consultorio médico puede utilizar o divulgar su información de salud

El registro médico es propiedad de este consultorio médico, pero la información en el registro le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información de salud con los siguientes propósitos:

Tratamiento. Utilizamos su información médica para brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas involucradas para brindarle el cuidado que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos o proveedores de atención médica que ofrecen servicios que nosotros no. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para entregarle un medicamento con receta, o a un laboratorio donde se ha realizado una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo, herido o después de su fallecimiento con consentimiento.

Pago. Utilizamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le proporcionamos a su plan de salud la información necesaria para realizar el pago. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le brindaron.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información médica para que este consultorio médico funcione. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y la calificación de nuestro personal profesional. O podemos utilizar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos utilizar y divulgar esta información cuando sea necesario para revisiones médicas, auditorías y servicios legales, incluyendo fraude, detección de abuso, programas de cumplimiento, administración y la planificación empresarial. Además, podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realiza servicios administrativos. Poseemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales con términos que les exigen a ellos y a sus subcontratistas proteger la confidencialidad y la seguridad de su información médica.

Recordatorios de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle sus citas. Si usted no está en su hogar, podemos dejar esta información en el contestador automático o en un mensaje con la persona que atiende el teléfono.

Planilla de registro. Podemos utilizar y divulgar su información médica pidiéndole que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos decir su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal o alguna otra persona responsable de su cuidado, ubicación, estado general o, a menos que usted no haya indicado lo contrario, en caso de su fallecimiento. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de asistencia humanitaria para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien involucrado con su cuidado o que ayude a pagarlo. Antes de realizar estas divulgaciones, le daremos la oportunidad para aceptarlas o rechazarlas si usted tiene la capacidad y disponibilidad para hacerlo; aunque podemos divulgar esta información en caso de desastre, incluso si usted se opuso, si creemos que es necesario para responder ante las circunstancias de emergencia.

Mercadotecnia. Teniendo en cuenta que no recibimos pago alguno por realizar estas comunicaciones, podemos contactarlo para instarlo a que compre o use productos o servicios relacionados con su tratamiento.

En ningún otro caso utilizaremos o divulgaremos su información médica para la mercadotecnia ni aceptaremos pago alguno por otras comunicaciones comerciales sin su previa autorización por escrito.

Venta de información de salud. No venderemos su información de salud sin su previa autorización por escrito.

Exigido por ley. De acuerdo con la ley, utilizaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos este uso y esta divulgación a los requerimientos correspondientes de la ley. Cuando la ley nos exija informar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder procedimientos legales o administrativos, o responder a las autoridades, cumpliremos también el requerimiento establecido a continuación con respecto a dichas actividades.

Salud pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a autoridades de salud pública con propósitos relacionados a la prevención y el control de enfermedades, heridas o discapacidades; la denuncia del abuso o la negligencia en el cuidado de un niño, adulto mayor o adulto dependiente; la denuncia de casos de violencia doméstica; la denuncia a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la denuncia de exposiciones a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos un supuesto caso de abuso o de violencia doméstica a un adulto mayor o un adulto dependiente, le notificaremos a usted o a su representante personal de manera oportuna, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, consideremos que esta notificación lo pondría en peligro de sufrir un daño severo o requeriría informarle a un representante personal que creamos que es el responsable del abuso o daño.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones y otros procedimientos según las limitaciones establecidas por la ley federal y de California.

Procedimientos judiciales y administrativos. Haremos todo el esfuerzo para mantener el privilegio del proveedor-cliente con respecto a servicios sensibles, tales como consejería de salud mental y tratamiento de drogas y alcohol y donde sea necesario por HIPPA y 42 CFR Parte 2. Sin embargo, en ciertas situaciones, podemos estar obligados por la ley a divulgar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, en la medida expresamente autorizada por un tribunal o una orden administrativa. Podemos divulgar su información de salud durante el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que lo autorice específicamente una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, petición de pruebas o algún otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud y no se ha opuesto, o si sus objeciones han sido resueltas en una orden judicial u orden administrativa.

Cumplimiento de la ley. Mantenemos estándares referentes a la retención y liberación de la información del paciente según los estándares 42 CFR parte 2 cuando sea posible y a veces incluso la ley nos exige divulgar su información de salud a un agente de la autoridad con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en cumplimiento con una orden judicial, citación de un juzgado de acusación y con otros fines para el cumplimiento de la ley.

Médicos forenses. Podemos, y a menudo incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a médicos forenses si la información está relacionada con las investigaciones sobre fallecimientos.

Donación de órganos o tejido. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, bancos de conservación de trasplantes de órganos y tejidos.

Seguridad pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a personas adecuadas para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de alguna persona en particular o del público en general.

Comprobante de vacunación. Divulgaremos la prueba de inmunización a la escuela donde la ley exija dicha información antes de admitir a un estudiante, siempre que usted haya accedido a dar esta información en su nombre o el de su dependiente.

Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información de salud por razones militares o de seguridad nacional, o a correccionales o a agentes de la autoridad en cuya custodia se encuentre.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica acerca de usted a la institución correccional o al funcionario policial.

Indemnización laboral. Podemos divulgar su información de salud en caso de que sea necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, mientras su atención se encuentre cubierta por la indemnización laboral,

realizaremos informes periódicos a su empleador sobre su estado. La ley también nos exige informar casos de accidentes o enfermedades de trabajo al empleador o a la seguridad que proporciona indemnización laboral.

Cambio de posesión. En el caso de que este consultorio médico se venda o se una con otra organización, su información o registro de salud se convertirá en propiedad del nuevo dueño, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar la transferencia de copias de su información a otro médico o grupos médicos.

Notificación de las Infracciones. Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Información De identificado. Podemos eliminar información que lo identifica de su información de salud, para que otros puedan utilizarlo sin saber quién es usted.

Investigación. Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Limitaciones. En algunas circunstancias, su información médica puede estar sujeta a restricciones que pueden limitar o impedir algunos usos o divulgaciones descritos anteriormente. Cumplimos con estas restricciones en el uso de su información médica.

Notas de psicoterapia. Nosotros no utilizaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin su autorización previa por escrito excepto para lo siguiente: (1) su tratamiento, (2) la capacitación de nuestro personal, nuestros estudiantes y otros practicantes, (3) nuestra defensa en caso de que nos demande o presente algún otro procedimiento legal, (4) si la ley nos exige divulgar información a usted o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) o por alguna otra razón, (5) en respuesta a las actividades de supervisión de salud relacionadas con su psicoterapeuta, (6) para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, o (7) al médico forense cuando usted fallezca. Cuando usted cancele la autorización, dejaremos de utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia.

Recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Acuerdo Organizado de Atención Médica. Somos parte de un acuerdo organizado de atención médica que incluye participantes en OCHIN. Una lista actual de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como un socio comercial de Axis Community Health, OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados a Axis Community Health y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también realiza actividades de evaluación de calidad y actividades de mejoramiento en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y acceder a los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la administración de referencias de pacientes internas y

externas. Su información personal de salud puede ser compartida por Axis Community Health con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información médica solo cuando sea necesario, para tratamientos médicos o para los propósitos de las operaciones de cuidado médico del acuerdo organizado de atención médica. Las operaciones de cuidado médico pueden incluir mirar la zona en donde usted vive para poder encontrar maneras de mejorar nuestras operaciones y para vincularle con cualquier servicio social adicional al que califique y escoja emplear. Tenga la seguridad de que se aplican controles estrictos para garantizar que las personas adecuadas accedan a su información con el fin de brindarle la mejor atención posible.

Cuándo este consultorio médico no puede utilizar o divulgar su información de salud

A excepción de lo descrito en este Aviso de prácticas de privacidad, y en cumplimiento de nuestras obligaciones legales, incluyendo 42 CFR parte 2, que se aplica a los servicios de tratamiento de drogas y alcohol, no utilizará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted sí autoriza a este consultorio médico a utilizar o divulgar información para otros fines, puede cancelar la autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar o revelar información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización escrita. Usted entiende que no podremos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le brindamos.

Sus derechos de información de salud

Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención. Si paga un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables. Cumpliremos con todos los pedidos razonables presentados por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones, sin embargo, nos reservamos el derecho de rechazar cualquier solicitud que no es razonable.

Derecho a revisar y copiar. Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos como hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias determinadas. Usted tendrá el derecho de apelar nuestra decisión en caso de que rechacemos su solicitud para acceder a los registros de su hijo o de un adulto incapacitado que usted representa debido a que consideramos que permitirle el acceso podría llegar a causar un daño substancial al paciente. En caso de que rechacemos su acceso a las notas de psicoterapia, usted tendrá derecho a que las transfieran a otro profesional de salud mental.

Derecho a corrección o complemento. Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos como hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Derecho a un resumen de divulgaciones. Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quien la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad. Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Violaciones

Las violaciones de la ley Federal y las regulaciones por un programa son un delito. Las sospechas de violaciones se pueden reportar a las autoridades correspondientes de acuerdo con estas regulaciones. Del mismo modo, la información relacionada con la comisión de un delito por parte del paciente en las instalaciones del programa o en contra del personal del programa no está protegida por la ley Federal y las regulaciones.

Cambios en este Aviso de Prácticas de Privacidad

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicaran a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Quejas

Las quejas con respecto a este Aviso de Prácticas de Privacidad o la manera en que este consultorio médico maneja su información de salud deben dirigirse a nuestro funcionario de privacidad al (925) 201-6211.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Si usted no está satisfecho con la manera en que esta oficina maneja una queja, puede presentar una queja formal a la Oficina de Derechos Civiles.

06/11/2020

Directiva anticipada de atención de la salud

Nombre: _____

Fecha: _____

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre la atención de su salud. También tiene derecho a designar a otra persona para que tome decisiones sobre la atención de su salud en su nombre. Este formulario también le permite escribir sus deseos sobre la donación de órganos y la designación de su médico de atención primaria. Si utiliza este formulario, puede completarlo o cambiar cualquier parte del mismo. También puede utilizar un formulario diferente, si lo desea.

Tiene derecho a cambiar o revocar esta Directiva anticipada de atención de la salud en cualquier momento.

Parte 1 – Poder legal para la atención de la salud

(1.1) DESIGNACIÓN DEL AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención de la salud en mi nombre:

Nombre de la persona que elige como agente: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

AGENTE SUSTITUTIVO (Optativo): Si revoco la autoridad de mi agente o mi agente no está dispuesto, no es capaz o no se halla razonablemente disponible para tomar una decisión de atención de la salud en mi nombre, designo como mi primer agente sustitutivo a:

Nombre de la persona que elige como agente sustitutivo: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

SEGUNDO AGENTE SUSTITUTIVO (Optativo): Si revoco la autoridad de mi primer agente y de mi primer agente sustitutivo, o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o se halla razonablemente disponible para tomar una decisión de atención de la salud en mi nombre, designo como mi segundo agente sustitutivo a:

Nombre de la persona que elige como segundo agente sustitutivo: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

(1.2) **AUTORIDAD DEL AGENTE:** Mi agente está autorizado a 1) tomar todas las decisiones de atención de la salud en mi nombre, incluyendo decisiones para proporcionar, retener o retirar la nutrición y la hidratación artificiales y todas las otras formas de atención de la salud para mantenerme vivo, 2) elegir una institución de atención de la salud o un médico específicos y 3) recibir o consentir que se divulgue información y datos médicos, excepto como lo indico a continuación: _____

(Si es necesario, añada hojas.)

(1.3) **CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA AUTORIDAD DE MI AGENTE:** La autoridad del agente entra en vigor cuando mi médico primario determina que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención de la salud, a menos que ponga mis iniciales en la próxima línea.

Si pongo mis iniciales en esta línea, deseo que mi agente tome decisiones inmediatamente sobre la atención de mi salud, incluso si todavía puedo tomarlas por mí mismo. _____

(1.4) **OBLIGACIÓN DEL AGENTE:** Mi agente tomará decisiones sobre la atención de mi salud en mi nombre de conformidad con este poder legal para la atención de la salud, con todas las instrucciones que doy en la Parte 2 de este formulario y con mis otros deseos en la medida en que los conozca mi agente. En los casos en que mis deseos se desconozcan, mi agente deberá tomar decisiones de atención de mi salud en mi nombre de conformidad con lo que mi agente determine que sea mi mejor interés. Al determinar mi mejor interés, mi agente deberá tener en cuenta mis valores personales en la medida en que mi agente los conozca.

(1.5) **AUTORIDAD DEL AGENTE POSTERIOR A LA MUERTE:** Mi agente está autorizado a realizar donaciones anatómicas, autorizar una autopsia o indicar lo que hará con mis restos, excepto como lo indico aquí o en la Parte 3 de este formulario: _____

(Si es necesario, añada hojas.)

(1.6) **NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR ADMINISTRATIVO:** Si la corte necesita nombrar un tutor administrativo de mi persona, nombro al agente designado en este formulario. Si el agente no está dispuesto, no es capaz, o no se halla razonablemente disponible para actuar como tutor administrativo, nombro a los agentes sustitutivos que nombré. _____ (ponga aquí sus iniciales)

Parte 2 – Instrucciones para la atención de la salud

Si llena esta parte del formulario, puede tachar todo lo que no desee.

(2.1) **DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA:** Indico a mis profesionales de la salud y a otras personas que participen en mi atención que proporcionen, retengan o retiren el tratamiento de conformidad con la opción que marqué a continuación:

a) Opción de no prolongar
No deseo que se prolongue mi vida si los posibles riesgos y cargas del tratamiento serán mayores que los beneficios esperados o si pierdo el conocimiento y si con un grado realista de certeza médica no recuperaré el conocimiento, o si tengo un trastorno incurable e irreversible que resultará en mi muerte en un plazo relativamente breve.

O bien,

b) Opción de prolongar
Deseo que mi vida se prolongue lo más posible dentro de los límites de las normas médicas de aceptación general.

(2.2) OTROS DESEOS: Si tiene instrucciones diferentes o más específicas aparte de las que marcó anteriormente, tales como: lo que usted considera como una calidad de vida razonable, los tratamientos que considera como una carga o inaceptables, escríbalos aquí.

(Si es necesario, añada hojas.)

Parte 3 - Donación de órganos al morir (optativo)

(3.1) Al morir (marque la casilla que corresponda):

- Dono todos los órganos, tejidos o partes que sean necesarias
- Dono únicamente los siguientes órganos, tejidos o partes
- No deseo donar órganos, tejidos ni partes.

Mis donaciones para los siguientes fines (tache todos los siguientes que no desee):

Transplante Terapia Investigación Educación

Parte 4 - Médico de atención primaria (optativo)

(4.1) Designo al siguiente médico como mi médico de atención primaria:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Parte 5 – Firma

(5.1) EFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

(5.2) FIRMA: Firme su nombre: _____ Fecha: _____

(5.3) ENUNCIADO DE TESTIGO: Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o aceptó esta directiva anticipada de atención de la salud o que la identidad de dicha persona me fue probada mediante prueba convincente, (2) que la persona firmó o aceptó esta directiva anticipada en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y no estar bajo coacción, fraude o coerción indebida, (4) que no soy la persona nombrada como agente en esta directiva anticipada y (5) que no soy el profesional de la salud de la persona, ni un empleado del profesional de la salud de la persona, ni el operador de una institución comunitaria de atención, ni el empleado de un operador de una institución comunitaria de atención, ni el operador de una institución residencial de cuidado de ancianos, ni un empleado del operador de una institución residencial de cuidado de ancianos.

PRIMER TESTIGO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

SEGUNDO TESTIGO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

(5.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS: A menos uno de los testigos que anteceden también debe firmar la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de California que no tengo ningún parentesco directo, por matrimonio o por adopción con la persona que firma esta directiva anticipada y que, de mi mejor saber, no tengo derecho a ninguna parte de la herencia de la persona cuando muera de conformidad con un testamento ahora existente ni por mandato de ley.

Firma del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Parte 6 - Requisito especial del testigo si usted se halla en una institución de enfermería especializada

(6.1) El defensor u "ombudsman" del paciente debe firmar la siguiente declaración:

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de California que soy defensor u "ombudsman" del paciente designado por el Departamento de la Vejez de California y que sirvo como testigo según lo requiere la sección 4675 del Código Testamentario:

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Certificación del notario público (no se requiere si la firman dos testigos)

Estado de California, Condado de _____ . Hoy, _____ de _____ de _____, compareció personalmente ante mí, notario público abajo firmante en y autorizado por dicho Estado, _____, a quien conozco personalmente o que se me probó con pruebas satisfactorias que se trata de la persona cuyo nombre se halla firmado en el presente instrumento, que me indicó que lo aceptó.

En fe de lo cual, firmo y pongo mi sello oficial

[Seal]

Firma _____

Instrucciones para el formulario de la directiva anticipada para la atención de la salud

Tiene derecho a dar instrucciones sobre la atención de su salud.

También tiene derecho a designar a otra persona para que tome decisiones de atención de su salud en su nombre

El formulario Directiva anticipada de atención de la salud le permite hacer una o ambas cosas. También le permite escribir sus deseos sobre la donación de órganos y la elección de su médico de atención primaria. Si utiliza el formulario puede completar o cambiar cualquier parte del mismo o todo el formulario. También puede utilizar un formulario diferente.

INSTRUCCIONES

Parte 1: Poder legal

La Parte 1 le permite:

- **Nombrar** a otra persona como su **agente** para que tome decisiones de atención de su salud en su nombre si usted no puede tomar sus propias decisiones. También puede hacer que su agente tome decisiones en su nombre inmediatamente, incluso si todavía puede tomar sus propias decisiones.
- **Nombrar también** a un **agente sustitutivo** para que actúe su nombre si el agente que eligió como su primera opción no está dispuesto, no es capaz o no se halla disponible razonablemente para tomar decisiones en su nombre.

Su **agente** no puede ser:

- Un operador ni un empleado de una institución comunitaria de atención ni de una institución residencial de atención en la que usted está recibiendo atención.
- El profesional de la salud que supervisa su atención (el médico maneja su atención).
- Un empleado de una institución de atención de la salud en la que usted esté recibiendo atención, a menos que su agente sea un pariente suyo o un compañero de trabajo.

Su **agente** puede tomar todas las decisiones de atención de la salud en su nombre, a menos que limite la autoridad de su agente. No está obligado a limitar la autoridad de su agente.

Si quiere limitar la autoridad de su agente, el formulario incluye un espacio para hacerlo.

Si usted opta por no limitar la autoridad de su agente, su agente tendrá derecho a hacer lo siguiente:

- Prestar consentimiento a o rechazar toda atención, tratamiento, servicio o intervención para mantener, diagnosticar o de alguna otra manera afectar un trastorno físico o mental.
- Elegir o despedir profesionales e instituciones de atención de la salud (esto es, elegir un médico en su nombre).
- Estar de acuerdo o en desacuerdo con los análisis de diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas y los planes de medicamentos.
- Estar de acuerdo o en desacuerdo con proporcionar, retener o retirar la alimentación y los fluidos artificiales y todas otras formas de atención de la salud, incluyendo la resucitación cardiopulmonar (RCP).
- Realizar donaciones anatómicas después de su muerte (donar órganos y tejidos), autorizar una autopsia y tomar decisiones sobre lo que se hará con su cuerpo.

Parte 2: Instrucciones para la atención de la salud

Puede dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de la atención de su salud, independientemente de si nombra o no a un agente.

El formulario contienen opciones diseñadas para ayudarle a escribir sus deseos sobre proporcionar, retener o retirar el tratamiento para mantenerlo vivo.

También puede añadir las elecciones que haya tomado o escribir deseos adicionales.

No necesita llenar la parte 2 de este formulario si desea permitir que su agente tome las decisiones sobre la atención de su salud que

considere que sean las mejores para usted sin añadir sus instrucciones específicas.

Parte 3: Donación de órganos

Puede escribir sus deseos sobre donar los órganos y tejidos de su cuerpo después de su muerte.

Parte 4: Médico de atención primaria

Puede elegir un médico para que tenga la responsabilidad primaria o principal de la atención de su salud.

Parte 5: Firma y testigos

Después de completar el formulario, **firmelo y póngale la fecha** en la sección provista.

El formulario tiene que estar firmado **por dos testigos calificados** (vea la declaración de los

testigos incluida en este formulario) o aceptado ante notario público. **Si dos testigos firman el formulario, no es obligación que lo firme un notario. Los testigos tienen que firmar el formulario en la misma fecha en que lo firme la persona que realice la Directiva anticipada.**

Si es un paciente en una institución de enfermería especializada vea la parte 6.

Parte 6: Requisito de testigo especial

Un defensor u “ombudsman” del paciente debe atestiguar el formulario **si usted es paciente en una institución de enfermería especializada** (una institución de atención de la salud que proporciona atención de enfermería especializada y atención de apoyo a pacientes). Vea la Parte 6 del formulario.

[Ok not to have boxes on top 2 items – for better readability]

Tiene derecho a cambiar o revocar su Directiva anticipada de atención de la salud en cualquier momento.

Si tiene preguntas sobre completar la Directiva anticipada en el hospital, pida hablar con un capellán o un asistente social.

Le solicitamos que
llene este formulario en inglés,
para que las personas encargadas de atenderlo
puedan entender sus instrucciones.