



### Consentimiento para tratamiento médico, psiquiátrico y dental

En el formulario de registro, he dado mi consentimiento para que los **Servicios de Salud de Sheridan (SHS, por sus siglas en inglés)** nos proporcionen servicios médicos, psiquiátricos y dentales a mí y a los miembros de mi familia de los que soy padre, madre o tutor y cuyos nombres aparecen en el formulario de registro. Entiendo que esta autorización se aplica a todos los servicios rutinarios concertados así como a todos los servicios disponibles para enfermedades médicas, psiquiátricas y dentales agudas y crónicas. Además, confirmo que no se me ha dado ninguna garantía con respecto al tratamiento que proporcionen los **Servicios de Salud de Sheridan**.

Los servicios autorizados por este consentimiento incluyen los prestados bajo los auspicios de los **Servicios de Salud de Sheridan** por, entre otros: Personal médico, que incluye a doctores, enfermeros especialistas, asociados médicos, enfermeros, educadores sanitarios, técnicos superiores en análisis clínicos y auxiliares administrativos; personal de odontología, que incluye a odontólogos, higienistas dentales y auxiliares de odontología; y personal de salud mental, que incluye a psicólogos colegiados, trabajadores sociales, consejeros y psicoterapeutas titulados. Asimismo, doy mi consentimiento al tratamiento por parte de profesionales de salud en capacitación que estén bajo la supervisión de profesionales de salud responsables contratados por los **Servicios de Salud de Sheridan**.

Entiendo que los **Servicios de Salud de Sheridan** salvaguardarán la confidencialidad de mis datos de salud protegidos según lo ordena la ley. No obstante, entiendo que es posible que se exija a los proveedores de los **Servicios de Salud de Sheridan** que informen a las autoridades si tienen motivos fundados para creer que se ha producido o se está produciendo maltrato o descuido de un niño, o si creen, de buena fe, que la revelación es necesaria para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente a mi salud o mi seguridad o a la salud o la seguridad de otra persona. Entiendo que los **Servicios de Salud de Sheridan** tienen contratos y acuerdos con el estado de Colorado que permiten el intercambio de cierta información clínica y financiera. Estos programas incluyen, entre otros, el Colorado Indigent Care Program (programa de atención sanitaria a indigentes de Colorado), Women's Wellness Connection (programa de bienestar de la mujer), el Colorado Migrant Health Program (programa de salud para migrantes de Colorado), el Susan Komen Program (programa centrado en el cáncer de mama) y el State Infectious Disease Control Program (programa estatal para el control de las enfermedades infecciosas).

Para clientes del centro de salud escolar: *Entiendo que el Departamento de salud pública y medio ambiente de Colorado (CDPHE, por sus siglas en inglés) financia los servicios de salud que recibo en este centro de salud escolar y tiene capacidad legal para recibir información con respecto a los servicios proporcionados a los pacientes. El CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y estos datos no identifican específicamente a ningún paciente.*

Los Servicios de Salud de Sheridan apoyan, respaldan y participan en el programa de intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) electrónico como medio destinado a mejorar la calidad de su experiencia médica y sanitaria. El programa HIE nos ofrece un medio para compartir electrónicamente de manera segura y eficiente la información clínica de los pacientes con otros doctores y proveedores de salud que participan en la red HIE. El uso del programa HIE contribuye a que los proveedores de salud compartan información de un modo más eficaz y le proporcionan a usted una mejor asistencia sanitaria. El programa HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que le estén tratando tengan acceso inmediato a sus datos médicos que puedan ser de vital importancia para su asistencia sanitaria. Facilitar su información de salud a los proveedores de salud que le atienden mediante el programa HIE también puede contribuir a reducir sus costos al eliminar el duplicado innecesario de pruebas y procedimientos. Sin embargo, usted puede decidir no participar en el programa de intercambio de información de salud de la Organización regional de información de salud de Colorado (CORHIO HIE, por sus siglas en inglés) o puede interrumpir su participación en cualquier momento.



Servicios de Salud de Sheridan

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIVERSIDAD DE COLORADO

Doy mi consentimiento de manera voluntaria a la asistencia y el tratamiento extrahospitalarios proporcionados por los Servicios de Salud de Sheridan. Asimismo, doy mi consentimiento a los servicios rutinarios, procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos así como a otros servicios considerados necesarios por los proveedores de salud que me atiendan. Entiendo que los servicios de salud no son una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden causar perjuicios. Entiendo que tengo derecho a autorizar o desautorizar cualquier procedimiento o tratamiento propuesto y a hablarlo con mi proveedor de salud. También entiendo que, en el transcurso de mi tratamiento, me pueden hacer una o más fotografías para supervisar mi tratamiento y guiar las intervenciones de los proveedores de salud. Entiendo que los estudiantes y las personas que desean aprender las funciones de los proveedores de salud pueden observar y participar en exploraciones, procedimientos y tratamientos. Doy mi consentimiento a esto pero tengo derecho a oponerme en cualquier momento a que una persona observe mi asistencia o a que un estudiante participe en mi asistencia. Esta objeción deberá respetarse.

Si nuestro consultorio le expide una receta para una sustancia controlada (un narcótico) y usted acude a una farmacia de Colorado para que le dispensen el medicamento, algunos datos identificativos de la receta, incluido el nombre del paciente, se introducirán en una base de datos segura mantenida por el Programa de control de medicamentos recetados de Colorado (en inglés, Colorado's Prescription Drug Monitoring Program).

**Hospital de la Universidad de Colorado  
Universidad de Colorado Denver  
Universidad Médica, Incorporada**

**NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS PRIVADAS**

**En Vigencia: 14 de abril, 2003**

**Revisado: 1 de diciembre, 2008**

**ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR REVISARLA CUIDADOSAMENTE.**

Esta notificación le informa cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud. Información protegida de salud significa cualquier información de salud sobre usted la cual le identifica o que podría ser utilizada para identificarle a usted. En ésta notificación, llamamos información de salud protegida “información médica”. Esta notificación también le informa sobre sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a la información médica sobre usted. Además, le dirá como puede quejarse con nosotros si cree que hemos violado sus derechos de privacidad.

**Quien Seguirá esta Notificación**

Esta notificación describe al Hospital de la Universidad de Colorado, la Universidad de Colorado Denver, y la Universidad Médica, prácticas Incorporadas, usos y divulgaciones de su información médica en nuestro sitio de entrega de servicios. El Hospital de la Universidad de Colorado es el hospital principal para la Universidad de Colorado Denver, la cual incluye la escuela de Medicina, Farmacia, Odontología, Enfermería y Terapia Física. Los doctores quienes proveen cuidado en el Hospital de la Universidad de Colorado son miembros de un Grupo de Práctica llamada Universidad Médica, Incorporada.

La Universidad del Hospital de Colorado, la Universidad de Colorado Denver y la Universidad Médica, Incorporada, están localizadas en la Ciudad Médica Universitaria Anschutz en Fitzsimons además de clínicas remotas y otras áreas en el estado de Colorado. Las siguientes están incluidas como parte de estas instalaciones:

- Cualquier profesional de la salud quien le trate en cualquiera de nuestras instalaciones;
- Todos los departamentos y unidades del Hospital de la Universidad de Colorado, Universidad de Colorado Denver y Universidad Médica, Incorporada que deben utilizar su información como parte de su trabajo;
- Todos los empleados, voluntarios y personal del hospital y clínicas;
- Cualquier asociado quien realiza trabajo para nosotros lo cual requiere que ellos ingresen a su información médica;
- Todos los estudiantes en programas de entrenamiento certificado.

Todas estas entidades, sitios y localidades seguirán lo que se indica en ésta notificación. Además, ellos pueden compartir información médica de su tratamiento entre ellos, de su pago o de su funcionamiento en el cuidado de salud descrito en ésta notificación.

**Quien No Seguirá Esta Notificación**

Lo siguiente no está cubierto por ésta notificación. Ellos tienen su propia notificación la cual usted debe solicitar:

- El Plan de Beneficios de la Universidad de Colorado Denver Personal de Educación Médica (un plan de salud que provee beneficios de seguro médico para nuestros estudiantes y aspirantes); y
- Cualquier otra instalación de la Universidad de Colorado que se requiera que provea una notificación.

### **Nuestro Compromiso con Respeto a Información Médica**

El Hospital de la Universidad de Colorado, Universidad de Colorado Denver y Universidad Médica, Incorporada, entienden que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información Médica. Creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe en los hospitales y clínicas. Esta notificación aplica a todos los registros de su cuidado, ya sea hecha por un hospital o por personal de la clínica, personal de investigación, estudiantes médicos, o por su doctor personal. Su médico personal, si no es empleado de la Universidad de Colorado Denver o cuando provee servicios en una localidad de práctica privada, puede tener políticas diferentes o notificaciones sobre el uso del médico y la divulgación de su información médica. Por ley estamos requeridos a:

- Asegurarnos que la información médica que le identifica sea mantenida en privado;
- Entregarle ésta notificación de nuestros deberes legales y prácticas privadas con respecto a su información médica sobre usted; y
- Seguir los términos de la notificación que está actualmente en vigencia.

### **Como Podremos Utilizar y Divulgar Información Médica sobre Usted Sin su Previo Acuerdo por Escrito**

Las siguientes categorías describen diferentes maneras que utilizamos y divulgamos su información médica. No todo lo que se usa o divulga en una categoría estará mencionado. Todas las maneras con que se nos permite utilizar y divulgar información estarán en una de las categorías.

- **Para Tratamiento**

Podremos utilizar información médica sobre usted para proveer, coordinar o dirigir su cuidado de salud y los servicios relacionados. *Por ejemplo*, podremos divulgar información médica sobre usted a los doctores, enfermeras, hospitales, estudiantes médicos y otras instalaciones de salud que se involucran en su cuidado como también a aquellos que podrían asistir con su cuidado después de que usted abandone nuestras instalaciones, como agencias de salud en el hogar u otro proveedor de cuidado de salud. El Hospital de la Universidad de Colorado participa en la Organización Regional de Colorado de Información de Salud (CORHIO), una organización sin fines de lucro de Hospitales y Médicos. Su misión es mejorar su cuidado de salud y el cuidado de salud de todas las personas en Colorado. CORHIO realizará esto al facilitar el intercambio de toda la información de salud del paciente. Este programa se llama una red de intercambio electrónico de información de salud. El Hospital de la Universidad de Colorado integra esta red.

- **Para Pago**

Podremos utilizar y divulgar información médica sobre usted para que nos paguen por los servicios que le hemos provisto. Esto puede incluir enviarle la cuenta a usted, a su compañía de seguro, o alguna otra persona quien está involucrado en pagar por su cuidado. *Por ejemplo*, puede ser que necesitemos darle a su compañía de seguros información sobre el cuidado que ha tenido para que la compañía nos pague por los servicios.

- **Para Operaciones de Cuidado de Salud**

Podremos utilizar y divulgar información médica sobre usted para sus propias operaciones de cuidado de salud. Por ejemplo, podremos utilizar su información médica para revisar su tratamiento y nuestros servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que ha cuidado de usted. Podremos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, practicantes y otro personal del hospital con el propósito de aprendizaje y revisión.

- **Como Nos Contactaremos con Usted**

A menos que usted nos indique lo contrario por escrito, nos podemos contactar con usted ya sea por teléfono, por correo electrónico o por correo normal ya sea a su hogar o a su oficina. Podremos dejarle mensajes en su máquina contestadora, con alguna persona quien conteste el teléfono o en su mensaje de voz. Trataremos de no dejar mensajes con información específica sobre usted. Si usted desea que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad, infórmele a la persona que le está registrando o tratando para que se le pueda dar un formulario para hacer ésta solicitud.

- **Recordatorios de Citas**

Podremos utilizar y divulgar información médica para contactarnos y recordarle de una cita que tiene con nosotros. Los recordatorios pueden ser enviados a través del correo, por teléfono o por correo electrónico.

- **Alternativas al Tratamiento**

Podremos utilizar y divulgar información médica para informarle sobre o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que le pueden interesar a usted.

- **Servicios y Beneficios Relacionados con Salud**

Podremos utilizar y divulgar información médica para informarle a usted sobre beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan interesarle a usted.

- **Recaudación de Fondos**

Podremos utilizar información sobre usted para contactarle en un esfuerzo por levantar fondos. Podremos divulgar ésta información a un asociado de negocios o a la Fundación de la Universidad de Colorado (CU), una fundación relacionada institucionalmente, para que se puedan contactar con usted para levantar fondos para nosotros. Solamente liberaremos su información de contacto como su nombre, edad, género, dirección y número de teléfono y la fecha que usted recibió tratamiento o servicios. No se proveerá información médica. Si usted no desea que el Hospital de la Universidad de Colorado o la Fundación se contacten con usted para recaudar fondos, usted puede notificar a la Oficina de Desarrollo por escrito a: P.O. BOX 6508, Aurora, CO 80045-0508. Información sobre suspender recibir materiales de recaudación de fondos será provista en toda la información para recaudar fondos enviada a usted de nuestras organizaciones o asociados de negocios.

- **Directorio del Hospital**

Podremos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras usted sea paciente en el hospital. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital, su condición

general (*por ejemplo*, moderada, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, excepto por su afiliación religiosa, puede ser liberada a personas quienes preguntan por usted por nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a un miembro del clérigo, como un padre, pastor o rabino, aún si ellos no preguntan por usted por el nombre. El directorio es utilizado para que su familia, amigos y clérigo puedan visitarle en el hospital y generalmente sepan como está. Si usted no desea estar mencionado en el directorio o tener visitas del clérigo debe notificar a la persona que le registra en el hospital o en el Departamento de Admisión para que su decisión pueda ser ingresada en el sistema de computación del hospital. El Departamento de Admisión también necesitará ser notificado si usted desea cambiar su decisión durante su estadía en el hospital.

- **Individuos Involucrados en Su Cuidado o en el Pago de Su Cuidado**

Podremos divulgar su información médica a un amigo, pariente, o a un miembro de la familia o a cualquier otra persona involucrada en su cuidado médico. También podremos dar información a alguna otra persona quien ayuda a pagar por su cuidado. Podremos informarle a su familia o amigos sobre su condición y que usted está en el hospital si ellos preguntan por su nombre. También podremos utilizar o divulgar información médica sobre usted para notificar, o asistir en notificar a aquellas personas de su localidad, condición general o muerte. Si hay un miembro de la familia, otro pariente, o amigo personal cercano a quien usted no desea que divulguemos su información médica, usted debe indicar al miembro del personal quien le está proveyendo cuidado. Si usted está en el Hospital de la Universidad de Colorado o clínica usted puede decirle al Administrador o al Director de la unidad o clínica.

- **Socorro en los Desastres**

Podremos utilizar o divulgar información médica sobre usted a una organización pública o privada autorizada por ley o por sus estatutos para ayudar en los esfuerzos de socorro en los desastres. Esto será hecho para coordinar el notificar a los miembros de familia, otros parientes, amigos personales cercanos, u otras personas identificadas por usted de su localidad, de su condición en general o muerte.

- **Requerido por Ley**

Podremos utilizar o divulgar información médica sobre usted cuando estemos requeridos hacerlo por la ley federal, estatal o local.

- **Actividades de Salud Pública**

Podremos divulgar información médica sobre usted a las actividades de salud pública y a sus propósitos. Esto incluye reportar información médica a una autoridad de salud pública que está autorizada por ley para coleccionar o recibir información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades. *Por ejemplo*, si usted tiene cáncer, podremos divulgar información médica sobre usted al Registro del Estado de Cáncer. Estas actividades generalmente incluyen, pero no están limitadas a, lo siguiente: Prevenir o controlar la enfermedad, heridas o discapacidad; reportar nacimientos y muertes; reportar abuso o negligencia infantil, reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de retiro del mercado de los productos que pueden estar utilizando; o, notificar a las personas quienes pueden haber estado expuestas a una enfermedad o puedan estar en riesgo de contagiarse o de esparcir la enfermedad o condición.

- **Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica**

Si creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podremos divulgar información médica sobre usted a una agencia de gobierno autorizada por ley para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Esto ocurrirá a la medida que es la divulgación: (a) requerido por ley; (b) acordado por usted; o (c) autorizado por ley y si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir serios daños a usted o a otras posibles víctimas. Si usted está incapacitado y si ciertas condiciones son atendidas, la información puede ser entregada a un policía u otro oficial público si el o ella representa esa ejecución dependiendo en la divulgación.

- **Actividades de Supervisión de Salud**

Podremos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de cuidado de salud, programas de gobierno, nuestro cumplimiento con las leyes de derecho civil, y asegurarse que estamos obedeciendo con varias regulaciones del gobierno. *Por ejemplo*, el Departamento de Salud puede llegar y revisar los registros para asegurarse que estamos proveyendo buen cuidado a nuestros pacientes.

- **Procedimientos Judiciales y Administrativos, Demandas y Litigios**

Podremos divulgar información médica sobre usted en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de la corte o de un tribunal administrativo. También podremos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación legal, a una solicitud para revelación, u otro proceso legal pero sólo si los esfuerzos han sido hechos para avisarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden protegiendo la información de ser divulgada.

- **Cumplimiento de la Ley**

Podremos divulgar información médica sobre usted en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de la corte o de un tribunal administrativo. También podremos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación legal, a una demanda, a una citación o proceso similar; para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, o persona desaparecida; sobre una real o presunta víctima de un crimen y esa persona acuerda a la divulgación. Si no podemos obtener el acuerdo de esa persona, en circunstancias limitadas, la información puede aún ser divulgada; sobre una muerte que creemos ser el resultado de una conducta criminal; sobre una conducta criminal en cualquiera de nuestras instalaciones; En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la localidad de un crimen o víctimas; o la identidad, descripción o localidad de la persona quien cometió el crimen; o; como es requerido por ley.

- **Investigador de Muertes Violentas, Examinadores Médicos o Directores de Funerales**

Podremos divulgar información médica a un investigador de muertes violentas, a un director de funerales o a un examinador médico como sea necesario para que ellos puedan realizar sus responsabilidades.

- **Donación de Órganos, Ojos o Tejido**

Si usted es un donador de órganos, podremos divulgar información médica a organizaciones o a bancos de órganos quienes tratan con la obtención de órganos, transplante de órganos, ojos o tejido, como sea necesario para promover la donación y transplante de órganos o tejido.

- **Investigación**

Usualmente obtendremos su permiso por escrito antes de utilizar o divulgar su información médica para utilizarla en investigación. Bajo ciertas circunstancias, sin su permiso por escrito, podremos utilizar o divulgar información médica sobre usted con el propósito de investigar. *Por ejemplo*, un proyecto de investigación puede involucrar el comparar la salud y recuperación de todos los pacientes quienes recibieron un medicamento a aquellos quienes recibieron otro, para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa las necesidades de la investigación propuesta con sus necesidades de privacidad de su información médica. También podremos divulgar información médica sobre usted a una persona quien está preparándose a realizar una investigación para permitirles a ellos prepararse para el proyecto, por ejemplo para buscar pacientes con condiciones médicas específicas o necesidades, mientras que la información médica que revisen no salga de nuestras instalaciones.

- **Para Prevenir Una Seria Amenaza de Salud o Seguridad**

Podremos utilizar o divulgar información médica sobre usted si creemos que el uso o divulgación es necesaria para prevenir o reducir una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad de una persona o

del público. Cualquier divulgación sólo sería para alguien quien pueda ayudar a evitar la amenaza. También podremos divulgar información sobre usted si creemos que la divulgación es necesaria para las autoridades de la policía o para identificar o arrestar un individuo quien ha admitido participación en un crimen violento o quien ha escapado de una institución correccional o de la custodia legal.

- **Militares y Excombatientes**

Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podremos utilizar y divulgar información médica sobre usted para las actividades que se estimen necesarias por las autoridades militares apropiadas en comando para asegurar la ejecución de la misión militar. También podremos divulgar información sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas para los mismos propósitos.

- **Seguridad Nacional e Inteligencia**

Podremos divulgar información médica sobre usted a los oficiales federales autorizados para actividades de inteligencia, contra inteligencia u otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- **Servicios de Protección para el Presidente y Otros**

Podremos divulgar información médica sobre usted a oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

- **Prisioneros y Personas en Custodia**

Si usted es un prisionero en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la policía, podremos divulgar información médica sobre usted a una institución correccional o a un oficial de la policía quien tiene su custodia. Esta divulgación será realizada si es necesario (1) para que la institución le provea con cuidado de salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

- **Compensación a los Trabajadores**

Podremos divulgar información médica sobre usted en la medida necesaria para cumplir con la compensación al trabajador y con leyes similares que proveen beneficios para heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo.

- **Administración de Drogas y Alimentos (FDA)**

Podremos divulgar a la FDA información de salud relacionada a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos en productos, medicamentos o inyecciones, para lograr el retiro del mercado de productos, reparaciones o reemplazos.

- **Otros Usos y Divulgaciones**

Otros usos y divulgaciones de información médica que no están cubiertos en ésta notificación o la ley que aplica a nosotros será realizado solamente con su permiso por escrito. Si usted nos provee permiso para utilizar o divulgar información médica sobre usted, usted puede retirar ese permiso, por escrito, en cualquier momento escribiendo al Oficial de Privacidad, 12401 E. 17th Avenue – A 025, Aurora, CO 80045. Si usted rescinde su permiso, no utilizaremos o divulgaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas en su permiso por escrito. No podemos retirar ninguna divulgación que ya ha sido realizada con su permiso.



## **Sus Derechos Con Respecto a Su Información Médica**

- **Su Derecho para Solicitar Restricciones**

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene el derecho de solicitar que restrinjamos el uso o divulgación que hacemos a: (a) un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted; o, (b) a entidades públicas o privadas para los esfuerzos de ayuda en los desastres. Tiene el derecho de limitar la información médica que divulguemos sobre usted a alguien quien está involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un miembro de la familia o amigo. *No estamos obligados a concordar con su solicitud.* Si no estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveer un tratamiento de emergencia. Aún si acordamos a la restricción, ya sea usted o nosotros podemos determinar más tarde la restricción. Para solicitar las restricciones a la instalación del Hospital de la Universidad de Colorado, usted debe hacer su solicitud escribiendo al Oficial de Privacidad al 12401 E. 17th Avenue – A025, Aurora, Co 80045, o, si es un paciente hospitalizado, al Director o al Administrador del departamento o unidad donde está recibiendo los servicios. En su solicitud, debe decirnos (1) que información usted quiere limitar; (2) si usted quiere limitar nuestro uso, divulgación o los dos; y (3) a quien quiere que aplique estos límites. Un formulario está disponible para su uso cuando usted solicite estas restricciones. La persona que reciba su solicitud la enviará al Oficial de Privacidad quien le notificará a usted por escrito el resultado de su solicitud dentro sesenta (60) días calendario. Si usted está solicitando a la Universidad de Colorado Denver, si su restricción es aceptada solo estará en vigencia en la unidad donde usted hizo la solicitud.

- **Su Derecho para Recibir Comunicaciones Confidenciales**

Usted tiene el derecho de solicitar que comuniquemos su información médica a usted en cierta manera o en cierta localidad. *Por ejemplo*, usted puede pedir que solo nos contactemos por correo o al trabajo. No es necesario informarnos la razón por la cual usted está solicitando que la comunicación sea confidencial. Si usted quiere solicitar que la comunicación sea confidencial, debe hacerlo por escrito a la persona que le está tratando, al Administrador o Director del Departamento, Clínica o Unidad donde usted está recibiendo el cuidado o al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe decir cuando y donde usted puede ser contactado. Sin embargo, podremos, cuando sea apropiado, requerir su información sobre la manera en que realizará el pago. Si usted está haciendo la solicitud en la Universidad de Colorado Denver, y si su solicitud es aceptada sólo estará en vigencia en la unidad donde usted hizo la solicitud.

- **Su derecho de Inspeccionar y Copiar**

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Usualmente, esto incluye registros médicos y cuentas, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar o copiar información médica sobre usted en la instalación del Hospital de la Universidad de Colorado, debe presentar su solicitud por escrito al Director, Administración de Información de Salud, 12401 E. 17th Avenue – A025, Aurora, Co 80045. Para las clínicas debe contactarse con el Director o Administrador de la clínica. Su solicitud debe indicar específicamente que información médica usted quiere inspeccionar o copiar. Si usted solicita copia de información, podremos cobrarle una cantidad por los costos de copiar y si solicita que se lo envíen por correo por el costo del correo.

Cumpliremos su solicitud dentro de treinta (30) días calendario después de recibir su pedido. Si cumplimos con su solicitud por entero o en parte, le informaremos de nuestra aceptación de su pedido y le proveeremos acceso y copias.

Podremos negarle su solicitud para inspeccionar y copiar información médica si la información médica es: notas de Psicoterapia; información reunida con anticipación de, o en uso, de una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo. Restringido por la Enmienda para Mejoras del Laboratorio Clínico de 1988 (CLIA); o información que no sea parte del registro que utilizamos para tomar nuestras decisiones sobre su cuidado y tratamiento; Parte de una investigación para juicio. Si le negamos su solicitud, le informaremos sobre la base de la negación, de cómo podrá hacer que revisemos la negación, y como usted puede poner una queja. Si usted solicita una revisión de nuestra negación, será realizada por profesionales licenciados en salud designados por nosotros y quien no ha estado directamente involucrado en la negación. Cumpliremos con el resultado de esa revisión.

- **Su Derecho para Solicitar Enmiendas**

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de su información médica si usted cree que la información que tenemos es incorrecta o incompleta. Usted tiene este derecho durante el tiempo que la información médica sea mantenida por nosotros. Para solicitar una enmienda de un registro en el Hospital de la Universidad de Colorado, usted debe someter su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, 12401 E. 17th Avenue – A025, Aurora, Co 80045. Para la Universidad de Colorado Denver y la Universidad Médica, Incorporada clínicas usted debe contactarse con el Director de la clínica. Su solicitud debe mencionar la enmienda deseada y proveer la razón que apoya esa enmienda. Un formulario está disponible para realizar ese pedido. Realizaremos su solicitud dentro de sesenta (60) días calendario después de recibir su pedido. Si le otorgamos su solicitud, en parte o completa, necesitaremos que usted identifique a otros que necesitemos notificar sobre el cambio. Además haremos las enmiendas apropiadas a la información médica agregando o proveyendo de otra manera un vínculo a la enmienda.

Podremos negarle su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye la razón que apoya el pedido. Además, podremos negarle su solicitud si usted nos pide que enmendemos información que: no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la información ya no está disponible para realizar la enmienda; no es parte de la información médica mantenida por nosotros; No es parte de la información la cual usted sería permitido para inspeccionar y copiar; o, parece que es acertada y complete como originalmente ha sido documentada por la persona quien registro la información.

Si negamos su solicitud, le informaremos la razón por la negación. Usted tendrá el derecho de presentar una declaración en desacuerdo con nuestra negación. Podemos preparar una respuesta a esa declaración. Su pedido para enmienda, nuestra negación a la solicitud, su declaración de desacuerdo, si la hay, y nuestra refutación, si la hay, puede ser agregada a la información médica involucrada o vinculada a la misma. El Oficial de Privacidad debe ser notificado de su solicitud para que cualquiera de ésta información sea agregada a su expediente médico. La información que está agregada será incluida con cualquier divulgación subsiguiente de información, o, a nuestra elección, podremos incluir un resumen de cualquier parte de esa información. Usted tendrá el derecho de quejarse a la Oficina de Derechos Civiles sobre nuestro rechazo a su solicitud.

- **Su Derecho a una Explicación de las Divulgaciones**

Usted tiene el derecho de recibir una explicación de las divulgaciones de información médica sobre usted. La explicación podrá ser hasta seis (6) años antes de la fecha en la cual solicita la explicación pero no incluirá ninguna divulgación realizada antes del 14 de abril, 2003. Su pedido debe incluir el período de tiempo de las divulgaciones. Bajo ciertas circunstancias su derecho a una explicación a la divulgación podría ser suspendida por divulgaciones hechas a una agencia de control de salud o a un oficial de la policía. Ciertos tipos de divulgaciones no serán incluidas en ésta explicación: Divulgaciones para realizar tratamiento, pago y operaciones para cuidado de salud; Divulgaciones de su información médica

realizada por usted; Divulgaciones para nuestro directorio de instalaciones; Divulgaciones con el propósito de seguridad o inteligencia nacional; Divulgaciones a instituciones correccionales o a oficiales de la policía; Divulgaciones que usted a autorizado, por escrito, y Divulgaciones realizadas antes del 14 de abril, 2003.

Para solicitar una explicación a las divulgaciones realizadas por el Hospital de la Universidad de Colorado, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, 12401 E. 17th Avenue – A025, Aurora, CO 80045. Por la Universidad de Colorado Denver y la Universidad Médica, Incorporada contáctese con el Oficial de Privacidad en esas organizaciones. Usualmente, tomaremos acción en su solicitud dentro de sesenta (60) días calendario después que recibamos su solicitud. Dentro de ese tiempo, y si fuera necesario, le proveeremos ya sea la explicación de las divulgaciones o le daremos una declaración por escrito de cuando le proveeremos la explicación y la razón por la demora. No hay costo por la primera explicación que le proveemos a usted dentro de un período de doce (12) meses. Para explicaciones adicionales, le podremos cobrar por el costo de proveerle la lista. Si se le va a cobrar algo, le notificaremos sobre el costo involucrado y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud para evitar o reducir los honorarios.

- **Su Derecho a una Copia de ésta Notificación**

Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de nuestra Notificación de Prácticas Privadas. Usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación de Prácticas Privadas en cualquier momento. Están disponibles en todas las áreas donde se provee cuidado. Para obtener una copia en papel o una copia electrónica de ésta notificación, contáctese con el Oficial de Privacidad, 12401 E. 17th Avenue – A024, Aurora, CO 80045. También puede obtener una copia de nuestra Notificación de Prácticas Privadas en el Internet en nuestra dirección electrónica, [www.uch.edu](http://www.uch.edu) o [www.ucd.ed](http://www.ucd.ed) o [www.upicolo.org](http://www.upicolo.org).

### **Nuestro Derecho a Cambiar la Notificación de Prácticas Privadas**

Nos guardamos el derecho de cambiar ésta notificación. Nos reservamos el derecho de hacer cualquier revisión o cambiar la notificación en vigencia para información médica que ya tenemos sobre usted como también cualquier información que recibamos en el futuro. Indicaremos una copia de la notificación actual para cada institución donde usted recibe cuidado. La notificación indicará la fecha en vigencia en la primera página. Además, cada vez que usted se registre en o sea admitida o sea tratada en una de nuestras instituciones usted podrá solicitar una copia actualizada de la notificación en vigencia. También publicaremos una notificación actual en cada una de nuestros sitios en la Internet.

### **Quejas**

Usted puede quejarse con nosotros y la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Estas quejas deben ser por escrito y deben ser presentadas dentro de 180 días de cuando usted se enteró o debió haber tenido conocimiento de ésta violación. Para quejarse a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos contáctese a: Region VIII, Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 1961 Stout Street – Room 1185 FOB, Denver, CO 80294-3538. Fax: (303) 844-2025.

Para presentar una queja con nosotros, contáctese con el Oficial de Privacidad, 12401 E. 17th Avenue – A025, Aurora, CO 80045. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Para ayudarnos a investigar su queja, favor incluir como nos podemos contactar con usted.

No se tomará ninguna represalia contra usted y no será penalizado por presentar una queja. No tomaremos ninguna acción contra usted o cambiaremos nuestro trato hacia usted de ninguna forma.

### **Preguntas e Información**

Si tiene cualquier pregunta o desea más información sobre ésta Notificación de Prácticas de Privacidad del Hospital de la Universidad de Colorado, favor contáctese con el Oficial de Privacidad, 12401 E. 17th Avenue – A025, Aurora, CO 80045 o por teléfono al (720) 848-5777.

Para la Universidad de Colorado Denver contáctese con el Oficial de Privacidad, 13001 E. 17th Place, MS f497, Aurora, CO 80045, o por teléfono al (800) 677-5590. También está disponible en [www.ethicspoint.com](http://www.ethicspoint.com)

Para la Universidad Médica, Incorporada contáctese con el Oficial de Privacidad, 13611 East Colfax Avenue, Aurora, CO 80045, o por teléfono al (303)4937620.



### Honorarios médicos

<b>ASUNTO:</b> Responsabilidad del paciente relativa a los honorarios	<b>FECHA DEL BORRADOR:</b>
<b>AUTORIDAD COMPETENTE:</b> Junta directiva de los Servicios de Salud de Sheridan	<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b> 16 de abril de 2013 Actualización: 7 de marzo de 2016

#### I. FINALIDAD

Esta política tiene por objeto documentar el proceso mediante el cual los Servicios de Salud de Sheridan establecerán el baremo de sus honorarios para los servicios ofrecidos así como documentar el proceso mediante el cual los Servicios de Salud de Sheridan determinarán si sus pacientes reúnen los requisitos para recibir un descuento por tales cargos.

#### II. POLÍTICA

Los Servicios de Salud de Sheridan tienen como política mantener unos costos y honorarios en línea con las tarifas y cargos locales y diseñados para cubrir los costos operativos razonables de los servicios proporcionados a nuestros pacientes.

Los Servicios de Salud de Sheridan realizarán un esfuerzo razonable por obtener un reembolso de terceros pagadores, incluidos los programas de seguros públicos como Medicaid, CHP+, Medicare y otros programas públicos de asistencia, así como seguros de salud privados para pacientes que dispongan de tal cobertura. A estos pagadores se les facturará en función del monto total de los honorarios por tales servicios según lo negociado por sus contratos sin aplicación de ningún descuento. Los Servicios de Salud de Sheridan esperan que los pacientes con cobertura de terceros de programas públicos o privados abonen cualquier copago necesario de los servicios en el momento en que estos se proporcionen.

A los pacientes que no dispongan de cobertura de terceros pagadores (no asegurados o con seguro insuficiente) se les ofrecerá la oportunidad de solicitar el programa de descuentos progresivos. Este programa se aplicará a todos los pacientes y todas las familias con unos ingresos anuales que representen el 200 por ciento del nivel federal de pobreza establecido o estén por debajo de ese porcentaje.

#### III. PROCEDIMIENTO

A todos los pacientes se les cobra teniendo en cuenta el baremo de honorarios (véase el documento adjunto) de los Servicios de Salud de Sheridan.

- A los pacientes con escala progresiva de honorarios se les factura y se les ajustan los cargos en función de su nivel de descuento.
- A las compañías de seguros de terceros se les facturará en función de los honorarios asociados a los códigos de Terminología actualizada de procedimientos médicos (CPT, por sus siglas en inglés). Se espera el reembolso completo en función de las tarifas negociadas mediante contratos con las compañías de seguros privadas y nuestra tarifa actual de consulta en un centro de salud con calificación federal (FQHC, por sus siglas en inglés) para los programas de seguros públicos, menos cualquier copago abonable por el paciente en el momento en que se preste el servicio.
- A los pacientes de otros programas, como ARTS/Doctor's Care/CICP, se les aplicará el baremo más actualizado y los honorarios se ajustarán en función del baremo de su programa.
- A los pacientes que no reúnan los requisitos para acogerse al programa de descuentos progresivos de Sheridan, o que no dispongan de seguro ni disfruten de ningún otro programa de descuentos se les aplicarán los precios completos sin descuento.



### Política de cancelación y pérdida de citas

<b>ASUNTO: Cancelaciones de citas</b>	<b>FECHA DEL BORRADOR: Revisado el 13 de julio de 2015</b>
<b>AUTORIDAD COMPETENTE: Junta directiva</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN: 16 de diciembre de 2014</b> <b>Actualización: 8 de marzo de 2016</b>

#### **I. FINALIDAD**

La aplicación de una política de cancelaciones tiene por objeto aumentar el cumplimiento de las visitas y fomentar la responsabilidad de los pacientes actuales. El motivo por el que se establece esta política es ofrecer un servicio a quienes necesitan asistencia médica. Si no se acude a una cita, en general significa que otra persona no pudo recibir el servicio. Esta política también permitirá a la clínica atender al número de pacientes necesarios para seguir siendo un centro de salud con calificación federal viable.

#### **II. POLÍTICA**

Los Servicios de Salud de Sheridan solicitan a los pacientes nuevos y a los pacientes registrados que avisen de la cancelación de su cita con al menos 24 horas de antelación.

#### **III. PROCEDIMIENTO**

Informar a los pacientes de la política de cancelaciones de citas por los siguientes métodos:

- Se colgarán carteles en inglés y español en las paredes de la zona de recepción de todas las clínicas.
- Los gerentes de operaciones incorporarán los cambios en el documento de las responsabilidades del paciente para los nuevos pacientes.
- Los recepcionistas recordarán a los pacientes la política en el momento de programar una cita.
- Los gerentes de operaciones añadirán una notificación sobre la política a las grabaciones telefónicas de recordatorios de citas.
- El gerente financiero incluirá un fragmento al respecto en la solicitud del programa de descuentos progresivos para que el cliente lo firme e incorporará la enseñanza de esta política en las citas y actividades generales de difusión e inscripción.

Si el paciente no llama en las 24 horas previas a la cita para cancelar o cambiar esta, el personal del mostrador lo indicará en la agenda y comprobará el número total de citas a las que el paciente no acudió en su historial de citas.

Si un paciente no acudió o canceló más de 4 visitas sin justificación en un período de 12 meses, se le notificará que en el futuro la disponibilidad de citas se limitará al último turno antes del almuerzo o a última hora del día. Este método de programación de citas será el que menos afecte a las citas diarias programadas para otros pacientes.