

Bienvenidos al Programa de Consejería Comunitaria de Methodist.

Hemos servido a la comunidad de Omaha y a las escuelas del área con el mejor cuidado por más de 25 años. Nuestros servicios de terapia de salud de comportamiento son ofrecidos por Consejeros de Salud Mental Acreditados ubicados en su vecindad.

Por favor, sírvase completar y enviar los siguientes formularios:

- Inscripción de Cliente
 - Incluya información de seguro y copia/imagen de ambos lados de la tarjeta de seguro

- Autorización y consentimiento para Tratamiento
- Confirmación de Recibo de Aviso de Privacidad
- Autorización para Dar a Conocer Información, (solicitado pero no es obligatorio) a:

Médico de Cabecera, para coordinar todo lo concerniente a la salud (si aplica). La escuela de su niño(a) donde se realizará la consejería para poder coordinar los servicios.

El Programa de Consejería Comunitaria de Methodist acepta la mayoría de los seguros privados, Medicaid y pago por cuenta propia. Hay disponible asistencia financiera para quienes califican para asegurarnos de que **a nadie se le negará los servicios si no puede pagar**. Si usted tiene preguntas o necesita mayor ayuda, por favor llame al (402) 354-6891.

Agradecemos que haya escogido al Programa de Consejería Comunitaria de Methodist donde usted nos importa.

Programa de Consejería Comunitaria de Methodist

Inscripción del Cliente

RAZÓN DE SOLICITUD DE CONSEJERÍA _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del Cliente _____

(Apellido)

(Nombre)

(Inicial)

Nombre de Preferencia _____ Idioma de Preferencia: Inglés Español Otro _____

Sexo _____ Identificado sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

de Seguro Social _____ Médico de Cabecera _____

Raza: Blanco Hispano/Latino Negro o Afro Americano Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático

Nativo de Hawai/Islas del Pacífico Otro

¿Cómo se enteró de nuestros servicios?:

Escuela Cliente Previo Best Care EAP Materiales Promocionales/Sitio Web Amigo o familia Medico

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono principal: _____ ¿Se puede llamar/dejar mensaje? Sí No

Email Personal _____ Email de OPS Email (si aplica) _____

Responsable de la Cuenta/Fiador o Garante

Igual que el Cliente - O - Sírvase llenar lo siguiente:

Relación con el Cliente _____ Nombre _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____

mes/día/año

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono principal: _____ ¿Se puede llamar/dejar mensaje? Sí No

Condición Laboral: Militar Activo Tiempo Completo Desempleado Medio Tiempo Jubilado Independiente Desconocido

Empleador _____

Tutor Legal (Llene si es diferente al Cliente y/o Persona Responsable de la Factura)

Relación con el Cliente _____ Nombre _____

Teléfono principal: _____ ¿Se puede llamar/dejar mensaje? Sí No

Email _____

Contacto de emergencia: Igual que el guardian

Relación con el Cliente _____ Nombre _____ Teléfono principal: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Tiene el cliente/tutor un proveedor de seguro? Sí No

¿Tiene el cliente Medicaid? Sí No Número de Medicaid _____

Es Medicaid la Principal o Secundaria cobertura de seguro

Plan de Medicaid: Número de Póliza Healthy Blue _____
 Número de Póliza de Plan Comunitario UHC _____
 Número de Póliza NE Total Care _____
 Número de Póliza Otro _____

Tengo un plan de Medicare / reemplazo de Medicare y estoy consciente de que no reembolsará los servicios.

INFORMACIÓN DE SEGURO PRINCIPAL

Llene la información abajo e incluya una copia por ambos lados de su(s) tarjeta(s) de seguro para facturación.

Relación del asegurado con el Cliente: Mismo Cónyuge Hijo(a) Otro _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____
mm/dd/yyyy

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono en Casa _____ Móvil _____

Condición Laboral: Militar Activo Tiempo Completo Desempleado Medio Tiempo Jubilado Independiente Desconocido

Empleador _____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Número de Teléfono _____

Grupo # _____ Fecha Vigente _____ # de Identificación del Miembro _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Relación del Asegurado con el Cliente: Mismo Cónyuge Hijo(a) Otro _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____
mes/día/año

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono en Casa _____ Móvil _____

Condición Laboral: Militar Activo Tiempo Completo Desempleado Medio Tiempo Jubilado Independiente Desconocido

Empleador _____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Número de Teléfono _____

de Grupo _____ Fecha de Vigencia _____ # de Identificación de Miembro _____

Para uso del consejero únicamente: (For Counselor use only)
This document was reviewed by the assigned counselor _____
(Signature of assigned counselor)
Counseling Location _____ Date Scanned _____

Autorización y Consentimiento para Tratamiento Authorization and Consent for Treatment

Yo, el cliente, padre de familia y/o tutor(a) legal de _____ (cliente/nombre del/la menor), por este medio doy mi autorización y consentimiento y reconozco lo siguiente, por el término del cuidado de consejería.

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO DE CONSEJERÍA

Doy mi consentimiento, ya sea en mi nombre o en nombre del/la menor mencionado(a) arriba, para recibir cuidado y tratamiento de consejería. Entiendo que las sesiones pueden ser cara a cara en persona o a través de telesalud. Las sesiones de telesalud serán hechas a través de una plataforma que cumpla con HIPAA para reducir el riesgo de violación a la privacidad.

El tratamiento puede incluir *(por favor, marque todas las casillas que apliquen)*:

Individual
 Familia
 Consejería de relaciones / parejas
 Grupo _____
Tema del Grupo

Entiendo los posibles riesgos psicológicos involucrados en la psicoterapia y entiendo que la psicoterapia no es una ciencia exacta y los resultados no se pueden garantizar. La psicoterapia es a menudo beneficiosa, pero como cualquier tratamiento, hay riesgos inherentes. Durante la terapia, el cliente puede discutir asuntos personales, los cuales pueden traer a relucir emociones incómodas como la ira, culpabilidad y tristeza. Algunos de los posibles beneficios son la mejoría de las relaciones personales, reducción en los sentimientos de angustia emocional y solución de problemas específicos. No se me ha hecho ninguna promesa sobre los resultados del tratamiento.

Autorizo, ya sea en mi nombre o en nombre del/la menor arriba mencionado(a) que se compartan los registros médicos electrónicos dentro del Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital para propósitos de entrenamiento y supervisión.

Además autorizo al Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital (MHCCP por sus siglas en inglés), cualquier compañía de seguros, y/o cualquier otra institución u organización a divulgar toda la información necesaria para llenar los formularios necesarios y determinar los beneficios pagaderos. Una fotocopia de esta autorización será igual de válida que su original.

Entiendo que necesito brindar información precisa acerca de mi persona y/o del/la menor arriba mencionado(a) a mi personal clínico, de manera que se pueda obtener un tratamiento efectivo. También estoy de acuerdo con tomar una participación activa en el proceso de tratamiento.

Entiendo que tengo la oportunidad de hacer preguntas referentes a los riesgos, beneficios, efectos secundarios, alternativas de tratamiento, así como las consecuencias de no cumplir con el tratamiento. Además, entiendo que se me informará de las credenciales del personal, licencia, experiencia, asociaciones profesionales, especialización y limitaciones y puedo pedir información adicional si es necesario.

He leído y entiendo los términos arriba expuestos y he recibido una explicación de este formulario de consentimiento:

Firma del Cliente

Nombre Impreso del Cliente

Fecha

Firma del Padre de Familia/Tutor Legal

Nombre Impreso del Padre de Familia/Tutor Legal

Fecha

Interpreter was present for the review of this consent.

Firma del Intérprete

Nombre Impreso del Intérprete

Fecha

PATIENT NAME: _____ DOB: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD



ALL AFFILIATES OF METHODIST HEALTH SYSTEM

ACUSE DE RECIBO POR ESCRITO DEL AVISO DE PRIVACIDAD
PRIVACY NOTICE WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT

- Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de Methodist Health System. (Nota: mi firma no significa que he leído, comprendido o estoy de acuerdo con el aviso, sino únicamente que me lo han proporcionado).

Firma del paciente, tutor o sustituto legal para la toma de decisiones
Patient/Legal Guardian/Surrogate Decision Maker Signature

Fecha/hora
Date/Time

Nombre del paciente, tutor o sustituto legal para la toma de decisiones
impresa en letra de imprenta
Patient/Legal Guardian/Surrogate Decision Maker Printed Name

Relación
Relationship

Firma del testigo
Witness Signature

Fecha/hora
Date/Time

Nombre del testigo en letra de
Witness Printed Name

Documentation of Good Faith Effort

- Attempted to distribute the Notice of Privacy Practices to the patient/parent/legal guardian, but the patient, parent, legal guardian declined to acknowledge the receipt to the Notice of Privacy Practices.
- Patient/Patient's Legal Surrogate Decision Maker stated they had already received the Privacy Notice at another Methodist Health System location.
- Patient/Parent/Legal Guardian directed to Methodist Health System website to view the Notice of Privacy Practices.
- The Notice of Privacy Practices was mailed to the patient/parent/legal guardian on _____ (date).
- Other _____

Patient Label

**PERMANENT PART OF
MEDICAL RECORD**

NAME: _____ DOB: _____

FIN: _____ MRN: _____

Community Counseling Program (CCP)

Omaha Public Schools

2023 - 2024

Consentimiento Para El Acceso A Registros Escolares del Estudiante

Las Escuelas Públicas de Omaha (OPS) buscan apoyar a estudiantes y familias y eliminar las barreras para el éxito en la escuela. OPS trabaja con las organizaciones comunitarias del área de Omaha para proveer las necesidades identificadas del distrito y programas de apoyo para estudiantes y familias. Las organizaciones que trabajan con OPS están obligadas a monitorear y reportar el progreso del estudiante hacia las metas del programa.

El personal del programa ve la información del estudiante almacenada por OPS. Los datos de fin de año se proporcionan y el programa utiliza la información para monitorear y evaluar sus servicios. La OPS debe aprobar cualquier investigación para estudiar el impacto de la participación en este programa comunitario usando la información del estudiante. Se requerirá un consentimiento adicional para cualquier investigación o evaluación de este tipo, incluyendo, pero no limitado a encuestas, entrevistas y cuestionarios.

Se requiere el consentimiento de un padre o un tutor legal del estudiante para que la OPS libere información del estudiante de los expedientes educativos de su hijo. Los estudiantes elegibles mayores de 18 años pueden consentir en la liberación de sus propios expedientes estudiantiles.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas de Omaha para divulgar toda la información de los estudiantes que se mencionan a continuación al Community Counseling Program. (Se requiere firma y fecha aquí debajo).

- Resumen del Estudiante/Información del Contacto Familiar
- Resultados/intervención de evaluación de amenaza
- Comunicación con el personal de la escuela con respecto al progreso
- Horario de Clase
- Asistencia
- Calificaciones; Transcripciones

Este consentimiento para liberar la información del Registro de Estudiantes es válido para el año académico 2023-2024 y caduca:

- 31 de julio de 2024, o
- Cuando el estudiante se transfiera del distrito escolar, o
- Puede revocar su consentimiento para la divulgación en cualquier momento informando a OPS Student Information Services

Información del Estudiante		Por favor escriba en letra de molde		Complete un formulario por cada estudiante	
Apellido Legal del Estudiante:		Número de Estudiante:			
Nombre Legal del Estudiante:		Escuela:		Grado Escolar:	
Segundo Nombre del Estudiante (completo):		Fecha de Nacimiento: / /		Sexo: M / F	
Dirección:		Programa: CCP			
Ciudad:		Código Postal:		Referido por: <i>Contacto del personal de la escuela</i>	
Información del Padre/Tutor					
¿Es usted el tutor legal del estudiante? ¿Tenemos en nuestros expedientes los documentos de la tutela? Si / No – Si no lo es, no firme. Los registros no se liberaran sin la firma de los padres/tutores en los registrados con OPS. Si necesita establecer tutela legal, comuníquese con la escuela del alumno.					
Apellido Legal del Padre/Tutor:		Relación con el Estudiante:			
Nombre Legal del Padre/Tutor		Teléfono de Casa:			
Segundo Nombre del Padre/Tutor (completo):		Teléfono Móvil:			
Firma del Padre/Tutor:		Fecha: (mes/día/ año): / /			
Firma del Estudiante Elegible (edad 18 o más grande):		Fecha: (mes/día/ año): / /			

Para uso de oficina solamente:

Verificado

Banderas

Secciones

Iniciales

Submit completed consent to Service.Providers@ops.org.

After receiving consent verification from SIS, submit consent and referral to building CCP therapist.

2023 - 2024

Community Counseling Program (CCP)

Omaha Public Schools

2023 - 2024

Consentimiento Para El Acceso A Registros Escolares del Estudiante

Las Escuelas Públicas de Omaha (OPS) buscan apoyar a estudiantes y familias y eliminar las barreras para el éxito en la escuela. OPS trabaja con las organizaciones comunitarias del área de Omaha para proveer las necesidades identificadas del distrito y programas de apoyo para estudiantes y familias. Las organizaciones que trabajan con OPS están obligadas a monitorear y reportar el progreso del estudiante hacia las metas del programa.

El personal del programa ve la información del estudiante almacenada por OPS. Los datos de fin de año se proporcionan y el programa utiliza la información para monitorear y evaluar sus servicios. La OPS debe aprobar cualquier investigación para estudiar el impacto de la participación en este programa comunitario usando la información del estudiante. Se requerirá un consentimiento adicional para cualquier investigación o evaluación de este tipo, incluyendo, pero no limitado a encuestas, entrevistas y cuestionarios.

Se requiere el consentimiento de un padre o un tutor legal del estudiante para que la OPS libere información del estudiante de los expedientes educativos de su hijo. Los estudiantes elegibles mayores de 18 años pueden consentir en la liberación de sus propios expedientes estudiantiles.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas de Omaha para divulgar toda la información de los estudiantes que se mencionan a continuación al Community Counseling Program. (Se requiere firma y fecha aquí debajo).

- Resumen del Estudiante/Información del Contacto Familiar
- Resultados/intervención de evaluación de amenaza
- Comunicación con el personal de la escuela con respecto al progreso
- Horario de Clase
- Asistencia
- Calificaciones; Transcripciones

Este consentimiento para liberar la información del Registro de Estudiantes es válido para el año académico 2023-2024 y caduca:

- 31 de julio de 2024, o
- Cuando el estudiante se transfiera del distrito escolar, o
- Puede revocar su consentimiento para la divulgación en cualquier momento informando a OPS Student Information Services

Información del Estudiante		Por favor escriba en letra de molde		Complete un formulario por cada estudiante	
Apellido Legal del Estudiante:		Número de Estudiante:			
Nombre Legal del Estudiante:		Escuela:		Grado Escolar:	
Segundo Nombre del Estudiante (completo):		Fecha de Nacimiento: / /		Sexo: M / F	
Dirección:		Programa: CCP			
Ciudad: Código Postal:		Referido por: <i>Contacto del personal de la escuela</i>			
Información del Padre/Tutor					
¿Es usted el tutor legal del estudiante? ¿Tenemos en nuestros expedientes los documentos de la tutela? Si / No – Si no lo es, no firme. Los registros no se liberaran sin la firma de los padres/tutores en los registrados con OPS. Si necesita establecer tutela legal, comuníquese con la escuela del alumno.					
Apellido Legal del Padre/Tutor:		Relación con el Estudiante:			
Nombre Legal del Padre/Tutor		Teléfono de Casa:			
Segundo Nombre del Padre/Tutor (completo):		Teléfono Móvil:			
Firma del Padre/Tutor:		Fecha: (mes/día/ año): / /			
Firma del Estudiante Elegible (edad 18 o más grande):		Fecha: (mes/día/ año): / /			

Para uso de oficina solamente:

Verificado

Banderas

Secciones

Iniciales

Submit completed consent to Service.Providers@ops.org.

After receiving consent verification from SIS, submit consent and referral to building CCP therapist.

2023 - 2024

PRIMARY CARE PHYSICIAN

Document Type: Request for ROI
Subject: Request for ROI



Autorización del Paciente para la Divulgación de Información Médica
Patient Authorization for Disclosure of Health Information

Nombre del paciente:
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono: Nombre anterior/de soltera:

Yo autorizo la divulgación/entrega de mi información (La solicitud debe tener direcciones completas):

Para: Nombre (proveedor de atención primaria) De: Nombre
Dirección Dirección
Ciudad/Estado/Código postal Ciudad/Estado/Código postal
Teléfono/Fax Teléfono/Fax

La persona que aparece arriba es un empleado de NMHS: Acceso a todos los registros médicos de NMHS por parte del familiar empleado identificado arriba

Información que se divulgará/entregará: Fecha(s) del servicio solicitada(s): Desde (fecha) hasta (fecha)

- Resumen (resumen del alta, historial y exámenes físicos, Informes quirúrgicos, consultas y resultados de pruebas)
Radiología: Informes
Imágenes
Lista de medicamentos
Registros de vacunación
Expedientes del Departamento de Emergencias
Terapia física/Terapia ocupacional
Salud del empleado
Salud mental y/o del comportamiento
Expedientes (except notas de psicoterapia)
Registros sobre trastornos por uso de sustancias
Toda la información sobre trastornos por uso de sustancias
Solo la siguiente información sobre uso de sustancias:

Otra:
El propósito para divulgar u obtener la información antes mencionada es:

- Continuidad del cuidado Seguro/Cobranza Legal Personal Otro:

Formato y método de entrega de la divulgación:

- Electrónico, a través de correo electrónico encriptado:
CD y/o Papel Otro:
Envíe por correo Yo lo recogeré en Methodist Physicians Clinic Regency

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a costos de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.
Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando un afiliado de NMHS ya haya actuado al amparo de su autorización.
A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá al cabo de un (1) año desde la fecha abajo indicada o al ocurrir la siguiente fecha/circunstancia/condición:
El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, y la información pudiera no estar protegida por normas federales de confidencialidad.
La información divulgada puede contener datos sobre abuso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH o servicios pagados de bolsillo.

Prohibición en cuanto a la nueva divulgación de registros sobre trastornos por uso de sustancias: Los registros sobre trastornos por uso de sustancias están protegidos por la ley federal. La Parte 2 del Título 42 del CFR prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. A petición mía, tengo derecho a recibir una lista de las entidades que recibieron mi información sobre trastornos por uso de sustancias.

Firma del paciente o representante autorizado
(Patient or Authorized Representative Signature)

Nombre con letra de molde
(Printed Name)

Fecha
(Date)

Parentesco con el paciente (si aplica)
(Relationship to Patient (if applicable))

Patient Label
NAME: DOB:
FIN: MRN:

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

SÓLO PARA INFORMACIÓN - NO DEVOLVER

Methodist Health System se compromete a ayudar a los pacientes y sus familias a resolver sus inquietudes sobre la atención, los tratamientos o las interacciones con el personal de manera rápida y adecuada. Lo invitamos a compartir toda inquietud, reclamo o queja que tenga con respecto a la conducción del sistema de salud.

Si sus inquietudes no se pueden resolver, comuníquese con:

Nebraska Methodist Hospital
(402) 354-4441

Methodist Women's Hospital
(402) 354-4441

Methodist Jennie Edmundson Hospital
(712) 396-6222

Methodist Fremont Health
(402) 727-3381

Methodist Physicians Clinic
(402) 354-5609

Para presentar un reclamo formal, comuníquese con:

Nebraska:

Departamento de Salud y
Servicios Humanos
(402) 471-0316

Iowa:
Departamento de Inspecciones y
Apelaciones de Iowa
(515) 281-4115

Comisión Conjunta /
(exclusivo para el hospital)
(800) 994-6610

Nebraska Methodist Health System

**Derechos y
responsabilidades
del paciente**



DERECHOS

- 1. Acceso a la atención médica.** Los pacientes deben tener acceso imparcial a servicios o adaptaciones que estén disponibles y médicamente indicadas, independientemente de la raza, el color, el credo, el sexo, la orientación sexual, la identidad o expresión de género, la edad, la nacionalidad, la religión, la discapacidad o la fuente de pago de la atención.
- 2. Respeto y dignidad.** Los pacientes tienen derecho a una atención considerada y respetuosa brindada por personal competente en todo momento y en todas las circunstancias, con el reconocimiento de la dignidad personal y el respeto de las creencias religiosas y culturales.
- 3. Necesidades espirituales.** Los pacientes tienen derecho a acceder a una atención espiritual y a otros servicios espirituales.
- 4. Privacidad y confidencialidad.** Los pacientes tienen el derecho, conferido por ley, a la privacidad personal y de la información.
- 5. Seguridad personal.** Los pacientes tienen derecho a esperar un nivel de seguridad razonable en los hospitales y clínicas; a no ser víctimas de abuso mental y físico, negligencia, explotación, limitaciones químicas y/o físicas innecesarias y a tener acceso a servicios de protección.
- 6. Identidad.** Los pacientes tienen derecho a conocer la identidad y la situación profesional de quienes les brindan atención.
- 7. Consentimiento.** Los pacientes tienen derecho a ser informados de manera razonable y participar en las decisiones que involucren su atención médica, incluida la información relacionada con los procedimientos de donación de órganos.
- 8. Información.** Los pacientes y sus familias, si corresponde, tienen derecho a obtener información actual y completa con respecto al diagnóstico, al tratamiento y al manejo del dolor por parte del médico tratante con el fin de participar en decisiones de atención y a recibir información sobre cualquier cambio en el plan de atención. Los pacientes tienen derecho a acceder a la información de su historia clínica.
- 9. Comunicación.** Los pacientes tienen derecho a recibir información de un modo que ellos comprendan. Si es necesario para propiciar una comunicación efectiva, se ofrecerán los servicios de un intérprete calificado y/u otros servicios de comunicación sin costo alguno.

10. Consultas. Los pacientes tienen derecho a consultar a un especialista mediante solicitud previa y asumiendo los costos correspondientes.

11. Manejo del dolor. Los pacientes tienen derecho a que se satisfagan sus necesidades de manejo del dolor a través de evaluaciones, intervenciones clínicas, nuevas evaluaciones y capacitación sobre el manejo adecuado del dolor.

12. Negativa a recibir tratamiento. Los pacientes pueden rechazar, aceptar o limitar el tratamiento en la medida que lo permita la ley, y serán informados de las consecuencias médicas de su negativa a recibir tratamiento.

13. Desacuerdos. Los pacientes tienen derecho a esperar que Methodist Hospital aborde los desacuerdos que puedan surgir entre los pacientes, las familias, el personal y los médicos del hospital o de la clínica en relación con las decisiones sobre la atención.

14. Directivas anticipadas. Los pacientes tienen derecho a formular directivas anticipadas y exigir que el personal y los profesionales que proveen atención cumplan con dichas directivas.

15. Traslado y continuidad de la atención. No se trasladará a los pacientes a otro centro médico sin una explicación detallada de la necesidad del traslado, los riesgos y las alternativas al traslado, así como la aceptación del paciente por parte de la institución receptora.

16. Prácticas de facturación. A los pacientes se les cobrará únicamente por los servicios prestados. Los pacientes tienen derecho a solicitar y recibir una explicación desglosada de toda la factura, independientemente del origen del pago.

17. Inquietudes y quejas de los pacientes.

A. Los pacientes y sus familias tienen derecho a que sus inquietudes acerca de la atención, el tratamiento o las interacciones con el personal se resuelvan de forma rápida y adecuada. Los pacientes deben compartir cualquier inquietud, reclamo o queja con su proveedor de atención o el supervisor del departamento. Si no es posible resolver las inquietudes, los pacientes pueden llamar y pedir hablar con un administrador en los siguientes centros:

- Methodist Hospital y Methodist Women's Hospital – (402) 354-4441
- Methodist Jennie Edmundson Hospital – (712) 396-6222

• Methodist Fremont Health – (402) 727-3381

• Methodist Physicians Clinic – (402) 354-5609

B. Para presentar un reclamo formal en Nebraska, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (Nebraska Department of Health and Human Services) llamando al (402) 471-0316. En Iowa, comuníquese con el Departamento de Inspecciones y Apelaciones de Iowa (Iowa Department of Inspections and Appeals) al (515) 281-4115. O bien, comuníquese con la Comisión Conjunta (The Joint Commission) al (800) 944-6610, si corresponde.

RESPONSABILIDADES

1. Información. Los pacientes deben proporcionar información completa y precisa sobre dolencias actuales, enfermedades previas, hospitalizaciones, medicamentos, cambios en la atención médica y otros temas de salud.

2. Instrucciones. Los pacientes son responsables de cumplir con las normas y los reglamentos correspondientes del hospital, respetar el plan de tratamiento recomendado por el proveedor y cooperar con el personal médico mientras este lleva a cabo el plan de atención. Los pacientes son responsables de asistir a las citas médicas y notificar al proveedor/hospital cuando no puedan hacerlo.

3. Negativa a recibir tratamiento. Los pacientes son responsables de proporcionar copias de su testamento vital u otras directivas anticipadas a sus proveedores de atención médica. Los pacientes son responsables de sus acciones si rechazan el tratamiento o se niegan a cumplir las indicaciones del proveedor.

4. Cargos de atención médica. Los pacientes son responsables de garantizar el pago oportuno de las obligaciones financieras de su atención médica.

5. Respeto y consideración. Los pacientes son responsables de tener consideración con los derechos de otros pacientes y del personal del hospital y de ayudar en el control del ruido y la cantidad de visitas. Los pacientes también deben respetar los bienes de los demás y del hospital.

6. Objetos de propiedad personal. Los pacientes son responsables de todas sus pertenencias u objetos de valor que estén en su posesión (p. ej., joyas, dispositivos electrónicos, teléfono, dinero, etc.).

SÓLO PARA INFORMACIÓN - NO DEVOLVER



Divulgaciones que exige la ley: podemos utilizar o divulgar su información clínica según lo exige la ley, siempre y cuando este uso o divulgación cumpla y se encuentre limitado a los requisitos relevantes de dicha ley.

Agencias de supervisión de la salud: podemos divulgar su información médica a las agencias de supervisión de la salud competentes; la autoridad de salud pública o el abogado encargado de actividades relacionadas con la supervisión de la salud.

Procedimientos judiciales y administrativos: podemos divulgar su información clínica para procedimientos judiciales o administrativos, según lo exige o permite la ley, o en respuesta a una citación válida, a una orden judicial o a otra autoridad vinculante.

Compensación de los trabajadores: podemos divulgar su información médica en la medida que sea autorizado y necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Notificación: podemos utilizar o divulgar su información para notificar o ayudar a notificar acerca de su ubicación y estado de salud general a un familiar, representante personal o a cualquier otra persona encargada de su atención médica.

Comunicación con la familia: podemos divulgar a un familiar, otro paciente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique la información médica relevante a la participación de dicha persona en su atención médica o los pagos relacionados a la misma.

Para obtener más información o para reportar un problema

Si tiene alguna consulta o desea obtener información adicional, puede comunicarse con el funcionario de privacidad del Methodist Health System (MHS) al (402) 354-6863 o compliance@mhs.org. Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante el funcionario de privacidad de MHS utilizando la información de contacto mencionada anteriormente, enviar una carta a la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamar al 1-877-696-6775, o visitar el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/BHpaal/complaints/. No tomaremos represalias en su contra por la presentación de un reclamo.

Fecha de entrada en vigencia: 1 de noviembre de 2021

Nebraska Methodist Health System cumple las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivo de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-599-4863.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-599-4863。

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
BEST CARE EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAMS

BestCareEAP.org
© 2019 Methodist Health System

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN CLÍNICA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISALO CON ATENCIÓN.

El presente Aviso se aplica a los siguientes programas o servicios que se encuentran asociados a Methodist Health System, Programa de asistencia para empleados de Best Care (Best Care EAP) y aquellos que cuentan con métodos similares para el manejo de la información:

- Methodist Health System
- Best Care EAP
- Nebraska License Assistance Program
- Community Counseling Program

La información de contacto del funcionario de privacidad de MHS se encuentra a continuación:

Funcionario de privacidad: (402) 354-6863
compliance@mhs.org

Los programas y servicios mencionados anteriormente compartirán su información clínica entre sí, según corresponda, con la finalidad de llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Comprensión de su historia e información clínica

Cada vez que tiene una cita con un asesor de uno de los programas mencionados anteriormente, se elabora un registro de su visita.

Sus derechos

Si bien su registro como cliente pertenece al programa o servicio que lo obtuvo, usted cuenta con determinados derechos en relación a su información clínica. Comuníquese con el funcionario de privacidad a través del número de teléfono que se indica en la parte superior para ejercer cualquiera de los siguientes derechos:

- Tiene derecho a esperar que su información clínica permanezca segura y se utilice únicamente para propósitos legítimos.
- Tiene derecho a recibir el presente aviso de privacidad que proporciona la explicación necesaria de cómo se puede utilizar o divulgar su información clínica.
- Tiene derecho a saber quién y con qué propósito tuvo acceso a su información clínica durante los últimos seis años. Si presenta solicitudes adicionales para obtener este estado de cuenta en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos.
- Tiene derecho a historiar y recibir una copia o resumen de toda su historia clínica en el formato solicitado (electrónico y/o impreso), a excepción de las notas de psicoterapia. Se debe presentar una solicitud por escrito para obtener una copia de su historia clínica. Es posible que le cobremos

una tarifa razonable basada en los costos de las copias o el manejo de obra por la elaboración de la misma.

Tiene derecho a solicitar que se realice una corrección o eliminación de cualquier dato incluido en su historia clínica que considere incorrecto. En caso de que sea imposible cumplir con su solicitud, procederemos a comunicarle los motivos por escrito en un plazo de 60 días. También tiene derecho a solicitar que se adjuñe una declaración de discoloración en su historia clínica. Se debe presentar una solicitud por escrito e incluir la documentación de respaldo correspondiente.

Tiene derecho a solicitar que no se utilice o comparta cierta información clínica que considere especialmente sensible para asesoría, pagos u otras operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que no compartamos información con su aseguradora de salud, si paga por un servicio o componente de atención médica de forma personal y en su totalidad. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud; a excepción de lo expuesto anteriormente.

Tiene derecho a recibir un aviso por una violación a su información clínica protegida no asegurada.

Tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales al pedirnos que nos contactemos con usted de una forma específica o que le enviemos el correo a una dirección diferente. Cumpliremos todas las solicitudes que sean razonables.

Tiene derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre. Si otorga un poder para la atención médica o si cuenta con un tutor legal, nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier medida.

Sus opciones

Usted tiene el derecho y la opción de solicitarnos que:

- Compartamos información con sus familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención médica.
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.
- Comunicarnos con usted como parte del esfuerzo para la recaudación de fondos.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos presente un permiso por escrito:

- Actividades de marketing;
- Venta de su información;
- La mayoría del uso compartido de notas de psicoterapia

Debemos divulgar su información médica a usted, tal como se describe en el presente Aviso. También puede proponerarnos una autorización por escrito para utilizar o divulgar su información médica para cualquier propósito. Puede revocar su autorización en cualquier momento al comunicarse con el funcionario de privacidad a través del número de teléfono que se indica en la parte superior, sin embargo, su revocación no afectará ningún uso o divulgación realizados en virtud de su autorización. En caso de no contar con una autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información médica por ningún motivo, a excepción de los descritos en el presente Aviso.

Nuestras responsabilidades

También tenemos ciertas responsabilidades. Estas incluyen:

- Mantener la privacidad y seguridad de su historia clínica;
- Proporcionarle una copia del presente Aviso;
- Cumplir con los términos del presente Aviso;
- Notificarle cuando se produce una violación que pueda poner en riesgo su información;
- No utilizar ni compartir su información a excepción de aquellas situaciones descritas en este Aviso y a menos que usted nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si cambia de parecer en algún momento, comuníquenoslo por escrito.

Podemos modificar este Aviso como parte de nuestro proceso del manejo de la información. Cualquier modificación será efectiva para toda la información que se encuentra en su historia clínica; independientemente de si fue obtenida antes o después de que el cambio entró en vigencia. Sin embargo, antes de cambiar nuestras prácticas, se publicará una copia del nuevo Aviso en todas las oficinas de Best Care EAP y en nuestro sitio web. La fecha de entrada en vigencia de nuestro Aviso siempre se encontrará al final del documento.

Nuestros usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Cuando sea requerido por las leyes federales o estatales, procederemos a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, también existen situaciones en las cuales podemos utilizar o divulgar su información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica a pesar de no contar con su autorización.

Podemos utilizar o divulgar su información para propósitos clínicos.

Por ejemplo: se documentará la información obtenida por los miembros de su equipo clínico en su historia, y se utilizará para determinar el rumbo de su atención clínica. Su médico clínico, el supervisor clínico y la administración de Best Care EAP pueden comunicarse entre ellos, ya sea de manera personal o a través del expediente de su paciente, para coordinar su atención médica. Estos intercambios se pueden realizar a través de las redes de información electrónica.

Podemos utilizar o divulgar su información para propósitos de pago.

Por ejemplo: podemos proporcionar copias de los reportes a su médico u otro proveedor de servicios, lo cual puede ayudar a determinar su futuro tratamiento. Podemos divulgar su información a otro proveedor de servicios para propósitos de pago o de operaciones de atención médica. Podemos enviar la factura a usted o a su compañía de seguros. La información que se encuentra en la factura puede incluir datos sobre su identificación, sus diagnósticos, los procedimientos y suministros utilizados. Sin embargo, si paga por un servicio clínico de forma personal y en su totalidad, y solicita por escrito que no compartamos información con su aseguradora de salud, procederemos a cumplir con su pedido a menos que la ley nos obligue a hacer lo contrario.

Podemos utilizar o divulgar su información clínica para propósitos de programas operativos y prácticas de negocios internos.

Por ejemplo: los miembros del personal clínico o del equipo de mejora de la calidad pueden utilizar la información que se encuentra en su historia clínica para evaluar la atención médica y los resultados respectivos. Esta información se utiliza en nuestro continuo esfuerzo por mejorar la calidad y la eficacia de la atención médica y los servicios que brindamos.

Otras divulgaciones que se pueden realizar sin su autorización

A menos que se requiera lo contrario, también podemos utilizar y divulgar su información sin su autorización para los siguientes propósitos:

Proveedores afiliados: algunos servicios de nuestro programa se proporcionan mediante acuerdos contractuales con proveedores afiliados. Estos incluyen: evaluaciones, asesoría, capacitaciones, consultas, orientación y otros servicios relacionados. Cuando los servicios se proporcionan a través de afiliados, podemos intercambiar mutuamente su información a fin de poder prestar los servicios que se nos han solicitado y para que posteriormente nos remitan una factura por los mismos. Nuestros proveedores afiliados deberán resguardar y proteger su información clínica de manera apropiada.

Socios comerciales: algunos servicios de nuestra organización se proporcionan mediante acuerdos contractuales con socios comerciales. Cuando los servicios se proporcionan a través de socios comerciales, podemos divulgar su información clínica a estos para que puedan llevar a cabo el trabajo por nosotros. Asimismo, podemos divulgar su información clínica a agencias de acreditación y a ciertos consultores externos. Nuestros socios comerciales deberán resguardar y proteger su información clínica de manera apropiada.

Salud pública: cuando lo exija o permita la ley, podemos divulgar su información clínica a las autoridades de salud pública o legales encargadas de la prevención o el control de enfermedades, lesiones o incapacidades, o a aquellas que realizan otras funciones de salud pública. Asimismo, podemos divulgar su información clínica para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.

Funciones especializadas del gobierno: cuando lo exija o permita la ley, podemos divulgar su información clínica para actividades de militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia, u otras funciones especiales similares del gobierno.

Aplicación de la ley: cuando lo exija o permita la ley, podemos divulgar su información clínica para propósitos de cumplimiento de la ley o como respuesta a una citación judicial válida, una orden de un tribunal u otra autoridad vinculante.