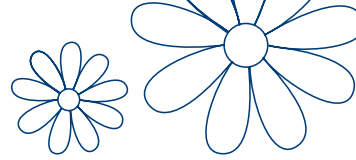


Maternidad Pre-Admisión Forma



Fecha de parto: _____
Último ciclo menstrual: _____

DATOS DE LA PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Apellido de soltera: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de SS: _____
Teléfono de su casa: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Raza: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
Empleador: _____ Tiempo completo Tiempo parcial
Médico obstétrico: _____ Médico de atención primaria: _____ + _____
Pediatra: _____
 ¿Te gustaría ser un donante de órganos? Sí No
 ¿Se le ha visto en cualquier tipo de Lovelace antes? Sí No

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (ALGUIEN QUE NO VIVA CON USTED)

Nombre: _____
Relación o parentesco: _____ Número de teléfono: _____ - _____ - _____
Datos del cónyuge/padre del bebé
Apellido: _____ Nombre: _____
N° de SS: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Cónyuge / Información del padre bebé

Apellido: _____ Nombre: _____
N° de SS: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de contacto: _____ - _____ - _____

DATOS DEL SEGURO

¿Quiere que se procese la solicitud de su bebé para la cobertura del Programa Medicaid? _____

Compañía del seguro primario: _____ Titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N° de SS: _____ Relación o parentesco: _____

Nombre grupal: _____ Número grupal: _____

Número de identificación: _____ Dirección de la compañía de seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Compañía del seguro secundario: _____ Titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N° de SS: _____ Relación o parentesco: _____

Nombre grupal: _____ Número grupal: _____

Número de identificación: _____ Dirección de la compañía de seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

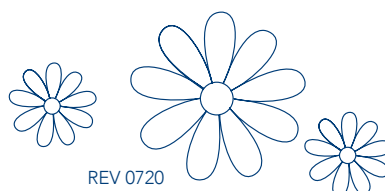
¿A cuál seguro médico se agregará el recién nacido? Primario Secundario Otro: _____

¿Quiere participar en el *National Children's Study* [Estudio Infantil Nacional]? Sí No (Solo en el condado de Valencia)

Se tienen que pagar los copagos, deducibles y coseguros del hospital cuando se le presten los servicios.

Al firmar a continuación, confirmo que la información que se aporta a Lovelace está correcta y actualizada.

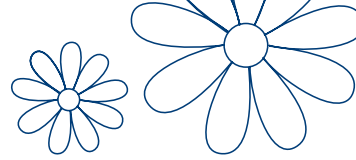
Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____



REV 0720

Lovelace
Women's Hospital

Las expectativas para los pagos



Aquí en Lovelace Women's Hospital nuestra máxima prioridad es prestar servicios excelentes de atención médica a todas nuestras pacientes. A fin de mantener nuestra capacidad de prestar servicios excelentes de atención médica a cada paciente, se aplican las expectativas siguientes a los pagos por los servicios de atención médica que no sean de emergencia y que se reciban en Lovelace Women's Hospital, tanto para las pacientes aseguradas como las que no lo están.

En casos de emergencia, Lovelace proporcionará el tratamiento médico necesario independientemente de la capacidad de pagar de la paciente.

Pacientes aseguradas

- El deducible, copago y/o todo coseguro que correspondan conforme a su póliza, se tienen que pagar en el momento que se preste el servicio.
 - El deducible es la suma de dinero estipulada que la paciente tiene que pagar antes de que su plan de seguro pague la demanda de seguro.
 - El coseguro es el porcentaje que usted y su plan de seguro pagarán por sus gastos médicos. Una vez que usted haya pagado su deducible, pagará el porcentaje estipulado pendiente de su factura. Por ejemplo, si su plan de seguro es de 70/30, su plan de seguro pagará el 70 por ciento y usted pagará el 30 por ciento de sus facturas médicas después de haber pagado el deducible.
 - El copago es la suma de dinero fija que usted paga cada vez que utiliza su seguro. Los copagos se pagan en cada consulta y, por lo general, son sumas más pequeñas.
- Si tiene programado un servicio o procedimiento médico que no sean de emergencia, tal vez nos pondremos en contacto con usted antes del turno para darle un cálculo de la suma que tendrá que pagar el día de su turno.
- Es importante que sepa que los seguros comerciales no cubren el 100 por ciento de los procedimientos médicos.

Pacientes no aseguradas

- Se le pedirá que pague en su totalidad los cobros presupuestados en el momento que se preste el servicio.
- Lovelace les ofrece a nuestras pacientes que pagan de su bolsillo un descuento del 70 por ciento por los servicios. Se tiene que pagar dicha suma en el momento que se preste el servicio.
- Le aportamos a las pacientes un cálculo del costo para que puedan tomar una decisión informada antes de proseguir con el servicio o procedimiento solicitado.

Planes de parto

- Con mucho gusto ofrecemos dos planes de parto especiales a las mujeres embarazadas. Tiene que cumplir los criterios siguientes para ser elegible para dichos planes
 - No tiene seguro médico
 - Su cobertura de seguro médico no cubre los servicios de maternidad pertinentes
 - Se exige que la paciente pague el costo del plan de parto en su totalidad 30 días antes del parto

Ayuda financiera

- Nuestro asesor financiero está a su disposición para ayudar a las pacientes sin seguro o con seguro insuficiente si les es difícil pagar los servicios. Eso pudiera abarcar un plan de pagos y/o la posibilidad de conseguir ayuda caritativa para las pacientes calificadas y para tipos específicos de consultas. Para conseguir más información llame al 505.727.7829.

Métodos de pago aceptados

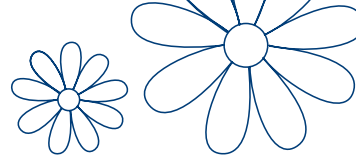
- Efectivo, cheques, tarjetas de débito y de crédito (Visa, MasterCard y American Express)
- No aceptamos *Care Credit*

Acuerdos de pago

- Si se aprobara un plan de pagos para usted, tendrá que cumplir los términos acordados. Si no cumpliera por no hacer un pago, se considerará que su cuenta está morosa y estará sujeta a otros términos más de cobro.
 - Por eso, se le pudiera prohibir programar turnos con nuestro centro clínico y además se pudiera remitir su cuenta a una agencia externa de cobros. Lo más probable es que dichas acciones impacten su crédito.



Planes de parto



Aquí en Lovelace Women's Hospital, nos comprometemos a asegurar que su vista sea lo más agradable, en la medida de lo posible. Ofrecemos dos planes de parto para las pacientes que no tienen seguro médico o beneficios de maternidad conforme a su plan de seguro actual.

Plan de parto vaginal

Requisitos:

- Una estancia de 48 horas (o menos) a partir de la hora de su ingreso. Eso incluye la observación de evaluación médica inicial con fines de priorizar. Se le da de alta, tanto a la mamá como al bebé, al mismo tiempo.
- Parto vaginal sin complicaciones (parto de solo un bebé sin necesidad de intervenciones).
- Eso cubre los cueros, pero no la unidad de medicina neonatal intensiva [NICU por sus siglas en inglés].
- Se exige el pago de \$3,500 en su totalidad, 30 días antes de la fecha de parto **esperada**.
- La anestesia epidural cuesta \$800 más y se exige el pago en su totalidad en el momento que se preste el servicio.

Plan de parto por cesárea

Requisitos:

- Una estancia de 96 horas después de dar a luz.
- Cubre el parto por cesárea normal, tanto para la mamá como para el bebé.
- Incluye la anestesia.
- Se exige el pago de \$7,300 en su totalidad, 30 días antes de la fecha de parto **esperada**.

Estos planes no incluyen las tarifas que cobran los médicos ni los cobros por parto falso. Dichas tarifas se cobran por separado y se deberá encargar de ello con el proveedor de atención médica antes del parto.

Estos planes no incluyen las tarifas que se cobran por los servicios que prestan los laboratorios o los proveedores externos de atención médica.

Si surgieran complicaciones, se aplicarán cobros adicionales. Están a su disposición descuentos en los pagos y puede hablar acerca de ello con el asesor financiero antes de darle de alta.

Si no pagara la suma total antes de la fecha de parto **esperada**, la paciente ya no será elegible para el plan y a lo mejor tenga la obligación de pagar la factura detallada en su totalidad.

Declaración de responsabilidad:

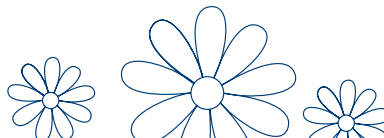
Me han explicado completamente el plan de parto y lo entiendo bien. Si no se cumplieran los criterios que se indican más arriba en los 30 días previos al parto, se anularán los planes elegidos y ya no seré elegible para recibir la tarifa rebajada. Aún tendré la obligación de hacer el pago en su totalidad antes de la dada de alta.

Firma de la paciente

Fecha

Nombre de la paciente (en letra de molde)

Para iniciar el proceso de pago, llame al asesor financiero al 505.727.7829.





CONSEN

Entiendo que la entrega de una demanda de seguro no me exime de la responsabilidad de pagar los cobros contraídos.

Acepto pagar los cobros finales de mi tratamiento médico, menos la cantidad que le paguen los terceros pagadores a LHS, si los hay. LHS puede obtener mi informe de crédito de una agencia de información de crédito. Si se remite la cuenta a una agencia de cobros, pagaré el costo razonable de la recuperación de los cobros, incluso los honorarios de abogado.

Entiendo que tengo la obligación financiera de pagar los deductibles, el coseguro y todos los servicios que no cubran los subsidios y/o los beneficios de seguro. Entiendo que si LHS o alguno de sus afiliados no forman parte de la red de mi plan de seguro, mi obligación financiera pudiera incluir: (1) cantidades más altas de coseguro y deducible; y (2) los cobros totales de LHS, incluso la cantidad que sobrepase los cobros permitidos para un proveedor de atención médica preferencial de la red.

Certificación del paciente del Programa Medicare

Certifico que es correcta la información que aporté en mi solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social. Autorizo a toda entidad que tenga mi información médica u otra información para que se la divulgue a la Administración de Seguro Social y/o al Programa Medicare, sus intermediarios o la *Professional Standards Review Organization* [Organización de Revisión de Normas Profesionales] toda información que se necesite para dicha demanda de seguro al Programa Medicare o demandas conexas. Pido que se haga el pago de los beneficios autorizados en mi nombre.

Autorización de ERISA

Por la presente designo, autorizo y otorgo al proveedor de atención médica, con todo el peso que permita la ley y conforme a toda póliza de seguro pertinente y/o plan grupal de seguro médico, como mi "representante autorizado" (incluso conforme al término que se utiliza en 29 C.F.R. § 2560.503-1(b)(4), 2560.503-1(c)(1)): (1) el derecho y la capacidad de actuar en mi nombre con respecto a todas las demandas de seguro, derecho, acción ejercitada o apelación que pudiera tener conforme a tal póliza y/o plan, y (2) el derecho y la capacidad de actuar en mi nombre para proseguir con tal demanda de seguro, derecho, acción ejercitada o apelación, incluso con todas las demandas de beneficios de seguro o apelaciones de cualquier determinación adversa referente a los beneficios, con relación a tal póliza del plan con respecto a todos los gastos médicos o de atención médica (según se describan o denominen) que se contraigan como resultado de los servicios o suministros que haya recibido del proveedor de atención médica y, con todo el peso que permita la ley, reclamar en mi nombre tales beneficios, demandas de seguros o reembolsos y todos los otros remedios pertinentes incluso, entre otros, la recuperación de las pérdidas, la compensación equitativa, las penas, las multas y toda las demás compensaciones que se estipulen conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados [*Employee Retirement Income Security Act, ERISA*].

Descargo de responsabilidad por las pertenencias

Entiendo que soy responsable de mis propias pertenencias que traiga a LHS y que posea mientras esté en el área de atención médica de los pacientes. Me han informado que la Oficina de Seguridad de LHS tiene una caja fuerte donde puedo guardar mis pertenencias y objetos valor para mayor seguridad hasta el momento de mi dada de alta.

Marque aquí para aceptarlo

Armas/Explosivos/Drogas:

Entiendo que si en algún momento LHS cree que pudiera haber un arma, aparato explosivo, sustancia ilegal o droga o bebida alcohólica en mi habitación o en mis pertenencias, el hospital puede registrar mi habitación y pertenencias. Se pueden confiscar dichos artículos y descartarlos, según se determine adecuado, incluso se pudieran entregar a las autoridades de orden público.

Consentimiento de divulgación de TCPA

Doy mi consentimiento para recibir mensajes por correo electrónico, llamadas por teléfono y mensajes de texto para recordarme de las citas, información de atención médica, instrucciones de dada de alta, mensajes de la cuenta y facturación y otros comunicados.

Al dar mi número de teléfono (ya sea de teléfono fijo o inalámbrico) y/o dirección de correo electrónico a Lovelace Health System, explícitamente doy mi consentimiento a Lovelace Health System y sus empleados y agentes para que se pongan en contacto conmigo por teléfono, servicios de mensajes breves (SMS) o mensajes de texto a todos los números de teléfono (ya sea de teléfono fijo o inalámbrico) que le haya dado a Lovelace Health System o a todos los números a que se reenvíen o transfieran de ese número con respecto a cualquier asunto con relación a mi tratamiento, mi cuenta y/o los servicios de Lovelace Health System incluso, entre otros, los siguientes:

mi hospitalización o tratamiento, mi estado médico y plan de atención médica, los servicios prestados, las encuestas de pacientes, las instrucciones de dada de alta, los comunicados que me envíen o sobre mi cuenta, o mis obligaciones financieras conexas incluso, entre otros, notas para recordarme que tengo que hacer un pago, avisos de pagos atrasados, instrucciones y enlaces a la información de facturación del paciente y otros comunicados de atención médica incluso, entre otros, avisos y notas para recordarme de las citas, avisos y notas para recordarme que algunos medicamentos están listos para que pase a buscarlos, información sobre programas o servicios que me pudieran interesar, información sobre la elegibilidad/cobertura de seguro, información acerca de los referidos e información sobre las capacidades y opciones de tratamiento disponibles

Dichos comunicados los pueden transmitir Lovelace Health System y sus empleados y agentes, o en nombre de estos, con mensajes de voz pregrabados/automatizados, utilizando un aparato de llamadas automáticas u otras tecnologías. Entiendo que dar mi consentimiento explícito previo por escrito para recibir dichos comunicados no es un requisito para recibir servicios o atención médica de Lovelace Health System. Entiendo que puedo cambiar mis preferencias en cualquier momento. Eso se puede hacer en su cuenta de MyChart, bajo *Your Menu* [mi menú], luego *Accounting Settings* [configuración de mi cuenta], luego *Personal Information* [datos personales] o si se pone en contacto con la división de inscripciones/acceso de pacientes o con el consultorio de su médico.



CONSEN

Lovelace Women's Hospital
4701 Montgomery Blvd. NE
Albuquerque, NM 87109

CONSENTIMIENTO PARA
TRATAMIENTO

AHS0009-NM (Rev 11/2020)

Consentimiento general para diagnósticos y tratamientos

- Doy mi consentimiento para que Lovelace Health System (LHS) y su personal médico, sus empleados, contratistas independientes y los empleados de agencias de contratación me proporcionen atención médica, me hagan exámenes y procedimientos y me den tratamientos con relación a mis medicamentos y tratamientos de emergencia y/o de paciente ambulatorio. Si soy paciente embarazada, doy mi consentimiento para que le proporcionen a mi bebé atención médica, le hagan exámenes y procedimientos y le den tratamientos, ya sea en mi habitación o en la unidad de medicina neonatal intensiva [NICU]. Entiendo que tengo derecho a rechazar toda atención médica, tratamiento o servicio que recomienden mi médico o el personal, ya sea para mí o para mi bebé.
- Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y certifico que no me han dado ninguna garantía como resultado de los exámenes, tratamientos o procedimientos que hayan llevado a cabo LHS y sus proveedores de atención médica.
- Entiendo que los exámenes y tratamiento que pudiera recibir en el departamento de emergencias de LHS se proporcionan en casos de emergencia y no pretenden sustituir la atención médica integral y de rutina.
- Acepto la responsabilidad plena de mi salud y seguridad si por alguna razón me saliera de este centro clínico de LHS antes de que un proveedor de atención médica me dé de alta.

Calidad independiente de los médicos, residentes, estudiantes de medicina y el personal de enfermería
¡ATENCIÓN! Favor de leerlo cuidadosamente antes de firmarlo

Los tratamientos médicos que me proporcionen durante mi internación en el hospital los pueden proveer médicos, residentes, estudiantes de medicina (bajo la supervisión de médicos y/o residentes de medicina). Dichos médicos, residentes y estudiantes de medicina son contratistas independientes y no son empleados del hospital. Además, los servicios de enfermería que me presten durante mi internación en el hospital los pueden prestar el personal de enfermería u otro personal profesional que también son contratistas independientes o empleados de agencias de contratación y no son empleados del hospital. Al firmar este documento, certifico que:

- Me han informado debidamente de dicha relación y de que se exime de responsabilidad al hospital, el cual no es legalmente responsable por las acciones u omisiones de dichas personas.
- El hospital no ha hecho declaraciones ni ha tomado ninguna otra acción que me haga creer que los médicos, residentes, estudiantes de medicina y personal de enfermería son empleados o agentes del hospital.
- Entiendo que recibiré una factura por separado del proveedor de atención médica.

Enfermería general

- Entiendo que LHS solo proporciona servicios de enfermería general. El paciente puede hacer arreglos directamente con una agencia para los servicios privados de enfermería y el paciente tendrá que pagar dichos servicios.

Marque aquí para aceptarlo

Divulgación de información médica, cesión de beneficios, demandas de seguro y pago de los cobros

Entiendo que LHS utilizará mi información para fines de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Autorizo a LHS y a todos los médicos involucrados en mi atención médica para que divulguen todo o alguna parte de mi expediente médico, incluso los expedientes de salud mental y/o de tratamiento del abuso de sustancias adictivas y/o expedientes de enfermedades contagiosas, incluso entre otras, enfermedades de transmisión sanguínea a cualquier organización o compañía de seguro que tenga la obligación o la responsabilidad de pagar los cobros de mi atención médica y para todos los otros fines de pagos de los beneficios. Si mi lesión es debido a mi trabajo, autorizo al hospital para que divulgue toda la información de mis expedientes médicos a mi empleador y/o su designado o a cualquier compañía de seguro que proporcione el seguro. Para todos los aparatos médicos que reciba, acepto que se divulgue mi número de seguro social y otros datos obligatorios al fabricante y a la Agencia de Alimentos y Medicamentos. Entiendo que se puede utilizar esa información para localizarme si hubiera un problema con el(los) aparato(s) médico(s).

Entiendo que la información que consta en mi expediente médico es confidencial pero se puede divulgar para fines de investigación e instrucción médica, diligencias de revisión profesional y diligencias de revisión relacionadas a los costos, la frecuencia y la calidad de los servicios que se presten al paciente. Por lo demás, la información que consta en mi expediente médico no se divulgará sin mi consentimiento o el consentimiento de mi representante legal, salvo si lo exige la ley o una orden judicial.

Entiendo que mis expedientes médicos se guardarán en el sistema *Epic Electronic Health Records ("EHR")* [de expedientes médicos electrónicos]. Entiendo y acepto que otro centro clínico o proveedor de atención médica que participe en nuestro sistema EHR pueden obtener acceso a mi información tanto para fines de tratamiento como para fines de las operaciones y la administración del sistema y para evaluar y mejorar la atención médica de los pacientes.

Entiendo que la ley estatal exige que se reporten ciertos resultados positivos de las pruebas; por ejemplo, de la hepatitis y del anticuerpo del VIH/SIDA al Departamento de Salud.

Entiendo que el presupuesto de los costos de mi tratamiento médico que me aporten previo a la facturación solo es un cálculo. Los cobros finales pueden ser más o menos y tal vez no se recopilen los cobros adicionales como las tarifas del médico consultor o los costos de farmacia, laboratorio y suministros antes de mi dada de alta. Todos los cobros aparecerán en mi estado de cuenta mensual.

Autorizo y transfiero irrevocablemente el pago directamente a LHS por la cantidad total de los beneficios de seguro médico pagable conforme a los términos de mi(s) póliza(s).



Lovelace Women's Hospital
 4701 Montgomery Blvd. NE
 Albuquerque, NM 87109

CONSENTIMIENTO PARA
 TRATAMIENTO

AHS0009-NM (Rev 11/2020)

Recetas médicas electrónicas

Nuestro centro clínico puede participar en nuestro programa de recetas médicas electrónicas y a lo mejor le pida el nombre de la farmacia que prefiere para entregarle todas las recetas médicas que se necesiten al darle de alta. A fin de facilitar ese proceso, entregaremos el número de teléfono y la dirección que consta en su expediente a la farmacia que usted prefiere.

- He recibido la información sobre el *Programa del Sistema del Manejo de los Incidentes y los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes*.
- He leído este documento, han contestado mis preguntas a mi entera satisfacción y entiendo y acepto el contenido de este documento.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Paciente Representante legal _____

Si no puede firmar el paciente, explique por qué: _____

Ayudó un intérprete. Nombre del intérprete: _____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____





Lovelace Women's Hospital
 4701 Montgomery Blvd. NE
 Albuquerque, NM 87109

HIPPA NOTICE OF PRIVACY
 PRACTICES
 ACKNOWLEDGMENT- SPANISH
 AHS0007-NM (Rev 11/2020)

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La información de salud protegida puede usarse y divulgarse para realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para ver una descripción completa de los usos y divulgaciones. Certifico haber recibido un Aviso de prácticas de privacidad por escrito.

Mediante mi firma abajo, certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Lovelace Health System y acepto los usos y divulgaciones que figuran en el Aviso de prácticas de privacidad en la sección: Cómo podemos usar y divulgar su información médica.

 Nombre del paciente (impresión) Firma Fecha

- O -

 Representante personal del paciente (impresión) Firma Fecha

SOLO PARA USO DE LOVELACE HEALTH SYSTEM

Fecha de recepción del acuse de recibo: _____

Firma del empleado de la LHS: _____

- O -

No se obtuvo el reconocimiento de la razón (se negó a firmar):



Entiendo que la entrega de una demanda de seguro no me exime de la responsabilidad de pagar los cobros contraídos.

Acepto pagar los cobros finales de mi tratamiento médico, menos la cantidad que le paguen los terceros pagadores a LHS, si los hay. LHS puede obtener mi informe de crédito de una agencia de información de crédito. Si se remite la cuenta a una agencia de cobros, pagaré el costo razonable de la recuperación de los cobros, incluso los honorarios de abogado.

Entiendo que tengo la obligación financiera de pagar los deductibles, el coseguro y todos los servicios que no cubran los subsidios y/o los beneficios de seguro. Entiendo que si LHS o alguno de sus afiliados no forman parte de la red de mi plan de seguro, mi obligación financiera pudiera incluir: (1) cantidades más altas de coseguro y deducible; y (2) los cobros totales de LHS, incluso la cantidad que sobrepase los cobros permitidos para un proveedor de atención médica preferencial de la red.

Certificación del paciente del Programa Medicare

Certifico que es correcta la información que aporté en mi solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social. Autorizo a toda entidad que tenga mi información médica u otra información para que se la divulgue a la Administración de Seguro Social y/o al Programa Medicare, sus intermediarios o la *Professional Standards Review Organization* [Organización de Revisión de Normas Profesionales] toda información que se necesite para dicha demanda de seguro al Programa Medicare o demandas conexas. Pido que se haga el pago de los beneficios autorizados en mi nombre.

Autorización de ERISA

Por la presente designo, autorizo y otorgo al proveedor de atención médica, con todo el peso que permita la ley y conforme a toda póliza de seguro pertinente y/o plan grupal de seguro médico, como mi "representante autorizado" (incluso conforme al término que se utiliza en 29 C.F.R. § 2560.503-1(b)(4), 2560.503-1(c)(1)): (1) el derecho y la capacidad de actuar en mi nombre con respecto a todas las demandas de seguro, derecho, acción ejercitada o apelación que pudiera tener conforme a tal póliza y/o plan, y (2) el derecho y la capacidad de actuar en mi nombre para proseguir con tal demanda de seguro, derecho, acción ejercitada o apelación, incluso con todas las demandas de beneficios de seguro o apelaciones de cualquier determinación adversa referente a los beneficios, con relación a tal póliza del plan con respecto a todos los gastos médicos o de atención médica (según se describan o denominen) que se contraigan como resultado de los servicios o suministros que haya recibido del proveedor de atención médica y, con todo el peso que permita la ley, reclamar en mi nombre tales beneficios, demandas de seguros o reembolsos y todos los otros remedios pertinentes incluso, entre otros, la recuperación de las pérdidas, la compensación equitativa, las penas, las multas y toda las demás compensaciones que se estipulen conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados [*Employee Retirement Income Security Act, ERISA*].

Descargo de responsabilidad por las pertenencias

Entiendo que soy responsable de mis propias pertenencias que traiga a LHS y que posea mientras esté en el área de atención médica de los pacientes. Me han informado que la Oficina de Seguridad de LHS tiene una caja fuerte donde puedo guardar mis pertenencias y objetos valor para mayor seguridad hasta el momento de mi dada de alta.

Marque aquí para aceptarlo

Armas/Explosivos/Drogas:

Entiendo que si en algún momento LHS cree que pudiera haber un arma, aparato explosivo, sustancia ilegal o droga o bebida alcohólica en mi habitación o en mis pertenencias, el hospital puede registrar mi habitación y pertenencias. Se pueden confiscar dichos artículos y descartarlos, según se determine adecuado, incluso se pudieran entregar a las autoridades de orden público.

Consentimiento de divulgación de TCPA

Doy mi consentimiento para recibir mensajes por correo electrónico, llamadas por teléfono y mensajes de texto para recordarme de las citas, información de atención médica, instrucciones de dada de alta, mensajes de la cuenta y facturación y otros comunicados.

Al dar mi número de teléfono (ya sea de teléfono fijo o inalámbrico) y/o dirección de correo electrónico a Lovelace Health System, explícitamente doy mi consentimiento a Lovelace Health System y sus empleados y agentes para que se pongan en contacto conmigo por teléfono, servicios de mensajes breves (SMS) o mensajes de texto a todos los números de teléfono (ya sea de teléfono fijo o inalámbrico) que le haya dado a Lovelace Health System o a todos los números a que se reenvíen o transfieran de ese número con respecto a cualquier asunto con relación a mi tratamiento, mi cuenta y/o los servicios de Lovelace Health System incluso, entre otros, los siguientes:

mi hospitalización o tratamiento, mi estado médico y plan de atención médica, los servicios prestados, las encuestas de pacientes, las instrucciones de dada de alta, los comunicados que me envíen o sobre mi cuenta, o mis obligaciones financieras conexas incluso, entre otros, notas para recordarme que tengo que hacer un pago, avisos de pagos atrasados, instrucciones y enlaces a la información de facturación del paciente y otros comunicados de atención médica incluso, entre otros, avisos y notas para recordarme de las citas, avisos y notas para recordarme que algunos medicamentos están listos para que pase a buscarlos, información sobre programas o servicios que me pudieran interesar, información sobre la elegibilidad/cobertura de seguro, información acerca de los referidos e información sobre las capacidades y opciones de tratamiento disponibles

Dichos comunicados los pueden transmitir Lovelace Health System y sus empleados y agentes, o en nombre de estos, con mensajes de voz pregrabados/automatizados, utilizando un aparato de llamadas automáticas u otras tecnologías. Entiendo que dar mi consentimiento explícito previo por escrito para recibir dichos comunicados no es un requisito para recibir servicios o atención médica de Lovelace Health System. Entiendo que puedo cambiar mis preferencias en cualquier momento. Eso se puede hacer en su cuenta de MyChart, bajo *Your Menu* [mi menú], luego *Accounting Settings* [configuración de mi cuenta], luego *Personal Information* [datos personales] o si se pone en contacto con la división de inscripciones/acceso de pacientes o con el consultorio de su médico.

Bebé



Consentimiento general para diagnósticos y tratamientos

- Doy mi consentimiento para que Lovelace Health System (LHS) y su personal médico, sus empleados, contratistas independientes y los empleados de agencias de contratación me proporcionen atención médica, me hagan exámenes y procedimientos y me den tratamientos con relación a mis medicamentos y tratamientos de emergencia y/o de paciente ambulatorio. Si soy paciente embarazada, doy mi consentimiento para que le proporcionen a mi bebé atención médica, le hagan exámenes y procedimientos y le den tratamientos, ya sea en mi habitación o en la unidad de medicina neonatal intensiva [NICU]. Entiendo que tengo derecho a rechazar toda atención médica, tratamiento o servicio que recomienden mi médico o el personal, ya sea para mí o para mi bebé.
- Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y certifico que no me han dado ninguna garantía como resultado de los exámenes, tratamientos o procedimientos que hayan llevado a cabo LHS y sus proveedores de atención médica.
- Entiendo que los exámenes y tratamiento que pudiera recibir en el departamento de emergencias de LHS se proporcionan en casos de emergencia y no pretenden sustituir la atención médica integral y de rutina.
- Acepto la responsabilidad plena de mi salud y seguridad si por alguna razón me saliera de este centro clínico de LHS antes de que un proveedor de atención médica me dé de alta.

Calidad independiente de los médicos, residentes, estudiantes de medicina y el personal de enfermería

¡ATENCIÓN! Favor de leerlo cuidadosamente antes de firmarlo

Los tratamientos médicos que me proporcionen durante mi internación en el hospital los pueden proveer médicos, residentes, estudiantes de medicina (bajo la supervisión de médicos y/o residentes de medicina). Dichos médicos, residentes y estudiantes de medicina son contratistas independientes y no son empleados del hospital. Además, los servicios de enfermería que me presten durante mi internación en el hospital los pueden prestar el personal de enfermería u otro personal profesional que también son contratistas independientes o empleados de agencias de contratación y no son empleados del hospital. Al firmar este documento, certifico que:

- Me han informado debidamente de dicha relación y de que se exime de responsabilidad al hospital, el cual no es legalmente responsable por las acciones u omisiones de dichas personas.
- El hospital no ha hecho declaraciones ni ha tomado ninguna otra acción que me haga creer que los médicos, residentes, estudiantes de medicina y personal de enfermería son empleados o agentes del hospital.
- Entiendo que recibiré una factura por separado del proveedor de atención médica.

Enfermería general

- Entiendo que LHS solo proporciona servicios de enfermería general. El paciente puede hacer arreglos directamente con una agencia para los servicios privados de enfermería y el paciente tendrá que pagar dichos servicios.

Marque aquí para aceptarlo

Divulgación de información médica, cesión de beneficios, demandas de seguro y pago de los cobros

Entiendo que LHS utilizará mi información para fines de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Autorizo a LHS y a todos los médicos involucrados en mi atención médica para que divulguen todo o alguna parte de mi expediente médico, incluso los expedientes de salud mental y/o de tratamiento del abuso de sustancias adictivas y/o expedientes de enfermedades contagiosas, incluso entre otras, enfermedades de transmisión sanguínea a cualquier organización o compañía de seguro que tenga la obligación o la responsabilidad de pagar los cobros de mi atención médica y para todos los otros fines de pagos de los beneficios. Si mi lesión es debido a mi trabajo, autorizo al hospital para que divulgue toda la información de mis expedientes médicos a mi empleador y/o su designado o a cualquier compañía de seguro que proporcione el seguro. Para todos los aparatos médicos que reciba, acepto que se divulgue mi número de seguro social y otros datos obligatorios al fabricante y a la Agencia de Alimentos y Medicamentos. Entiendo que se puede utilizar esa información para localizarme si hubiera un problema con el(los) aparato(s) médico(s).

Entiendo que la información que consta en mi expediente médico es confidencial pero se puede divulgar para fines de investigación e instrucción médica, diligencias de revisión profesional y diligencias de revisión relacionadas a los costos, la frecuencia y la calidad de los servicios que se presten al paciente. Por lo demás, la información que consta en mi expediente médico no se divulgará sin mi consentimiento o el consentimiento de mi representante legal, salvo si lo exige la ley o una orden judicial.

Entiendo que mis expedientes médicos se guardarán en el sistema *Epic Electronic Health Records ("EHR")* [de expedientes médicos electrónicos]. Entiendo y acepto que otro centro clínico o proveedor de atención médica que participe en nuestro sistema EHR pueden obtener acceso a mi información tanto para fines de tratamiento como para fines de las operaciones y la administración del sistema y para evaluar y mejorar la atención médica de los pacientes.

Entiendo que la ley estatal exige que se reporten ciertos resultados positivos de las pruebas; por ejemplo, de la hepatitis y del anticuerpo del VIH/SIDA al Departamento de Salud.

Entiendo que el presupuesto de los costos de mi tratamiento médico que me aporten previo a la facturación solo es un cálculo. Los cobros finales pueden ser más o menos y tal vez no se recopilen los cobros adicionales como las tarifas del médico consultor o los costos de farmacia, laboratorio y suministros antes de mi dada de alta. Todos los cobros aparecerán en mi estado de cuenta mensual.

Autorizo y transfiero irrevocablemente el pago directamente a LHS por la cantidad total de los beneficios de seguro médico pagable conforme a los términos de mi(s) póliza(s).

Bebé



Recetas médicas electrónicas

Nuestro centro clínico puede participar en nuestro programa de recetas médicas electrónicas y a lo mejor le pida el nombre de la farmacia que prefiere para entregarle todas las recetas médicas que se necesiten al darle de alta. A fin de facilitar ese proceso, entregaremos el número de teléfono y la dirección que consta en su expediente a la farmacia que usted prefiere.

- He recibido la información sobre el Programa del Sistema del Manejo de los Incidentes y los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes.
- He leído este documento, han contestado mis preguntas a mi entera satisfacción y entiendo y acepto el contenido de este documento.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Paciente Representante legal Tutor legal del bebé _____

Si no puede firmar el paciente, explique por qué: El paciente es menor _____

Ayudó un intérprete. Nombre del intérprete: _____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Bebé





AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La información de salud protegida puede usarse y divulgarse para realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para ver una descripción completa de los usos y divulgaciones. Certifico haber recibido un Aviso de prácticas de privacidad por escrito.

Mediante mi firma abajo, certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Lovelace Health System y acepto los usos y divulgaciones que figuran en el Aviso de prácticas de privacidad en la sección: Cómo podemos usar y divulgar su información médica.

Bebé
 Nombre del paciente (impresión)

Bebé
 Firma

N/A
 Fecha

- O -

 Representante personal
 del paciente (impresión)

 Firma

 Fecha

SOLO PARA USO DE LOVELACE HEALTH SYSTEM

Fecha de recepción del acuse de recibo: _____

Firma del empleado de la LHS: _____

- O -

No se obtuvo el reconocimiento de la razón (se negó a firmar):

El paciente es menor

Lovelace Women's Hospital
4701 Montgomery Blvd., NE
Albuquerque, NM 87109

ADVANCED DIRECTIVE
FOR HEALTHCARE

ADMT000 (Rev 03/10/16)

Escriba sus iniciales en el () espacio para elegir una directiva por adelantado.

PRIMERA PARTE -Directiva por adelantado: Si padeciera un problema médico terminal que llevará a mi fallecimiento en poco tiempo o si estuviera en estado de coma irreversible, conforme a un nivel razonable de certidumbre médica:

- () Quiero que se prolongue mi vida lo más posible conforme a los límites que rigen las normas de atención médica generalmente aceptadas.
- () No quiero que se prolongue mi vida Y
- () Quiero o () NO quiero alimentación artificial (con sonda nasogástrica).
- () Quiero o () NO quiero hidratación (líquidos intravenosos).
- () Elijo hacer una donación anatómica de tejidos u órganos en el momento de la muerte.
- () Quiero que mi agente designado tome dichas decisiones en mi nombre.

SEGUNDA PARTE - Poder notarial para la atención médica

1. **Designación de agente:** Nombro a la persona cuyo nombre se indica a continuación para que sea mi agente a fin de tomar decisiones referentes a mi atención médica en mi nombre:

Nombre: _____ Relación o
parentesco: _____

Nº de teléfono con el código de área: () _____ Nº de teléfono secundario: () _____

Si revocara la autoridad de mi agente o si mi agente no estuviera dispuesto a hacerlo, o si no pudiera o no estuviera disponible, en la medida de lo razonable, para tomar decisiones referentes a mi atención médica en mi nombre, nombro a mi **primer agente suplente:**

Nombre: _____ Relación o
parentesco: _____

Nº de teléfono con el código de área: () _____ Nº de teléfono secundario: () _____

2. **Autoridad del agente:** Autorizo a mi agente para que obtenga y revise los expedientes médicos, los informes y la información sobre mí y para que tome todas las decisiones referentes a mi atención médica en mi nombre, incluso las decisiones sobre proveer, rechazar o retirar la alimentación artificial, la hidratación y todos los otros medios de atención médica para mantenerme vivo, salvo lo que indico a continuación:

3. **Cuando entra en vigor la autoridad del agente:** La autoridad de mi agente entra en vigor cuando mi profesional médico de cabecera y otro profesional de atención médica calificado determinen que yo no puedo tomar mis propias decisiones referentes a mi atención médica. Si escribo mis iniciales en este cuadrado [], la autoridad de mi agente para tomar decisiones referentes a mi atención médica en mi nombre entra en vigor enseguida.

4. **Obligación del agente:** Mi agente tomará decisiones referentes a mi atención médica en mi nombre conforme a este poder notarial para la atención médica y conforme a toda instrucción que haya indicado en la PRIMERA PARTE de este formulario y mis otros deseos, según los sepa mi agente. Si no se supieran mis deseos, mi agente tomará las decisiones referentes a mi atención médica en mi nombre conforme a lo que mi agente determine que sea mejor para mí, mi agente considerará mis valores personales, según los sepa mi agente.

- A pesar de lo que haya elegido más arriba, ordeno que se me preste la mejor atención médica posible para mantenerme limpio, cómodo y libre de dolores o malestares a fin de que se mantenga mi dignidad, aun si dicha atención precipitara mi fallecimiento.
- Si usted deseara revocar o hacer cambios a esta directiva por adelantado, tendrá que llenar otro formulario para indicar sus deseos.
- Si usted tiene preguntas médicas con respecto a su directiva por adelantado, tendrá que consultar a su médico.
- Usted no necesita un abogado, pero debe consultar a un abogado si tiene preguntas legales específicas.

OTROS DESEOS: Si usted desea apuntar sus propias instrucciones, o si desea agregar algo a las instrucciones que indicé más arriba, lo puede hacer a continuación:

Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Firma del paciente: _____

A mí, _____ (nombre del paciente), se me ha explicado mi derecho, conforme a la ley federal, a tener los servicios de un intérprete calificado de (centro clínico) para que el intérprete me explique por teléfono o en persona, en mi idioma materno, la información acerca de mi tratamiento médico. Entiendo que tengo derecho a dichos servicios sin costo alguno para mí o mi familia.

- Rechazó los servicios de un intérprete en este momento.
- He elegido traer a mi propio intérprete en este momento. El nombre del intérprete es _____ A mi leal saber y entender, dicha persona tiene 18 años de edad en adelante. Dicha persona me prestará servicios a partir del _____ (fecha de inicio) hasta el _____ (fecha de finalización). Confirmando que el personal de (centro clínico) me ha hablado acerca de los riesgos que conlleva permitir que mis amigos o familiares sean mis intérpretes médicos.

Dichos riesgos, según me los ha explicado el personal de (centro clínico) incluyen, entre otros, los siguientes:

- A lo mejor los familiares o amigos no tengan las habilidades bilingües y el vocabulario técnico para interpretar completa y precisamente la información con respecto a mi tratamiento médico.
- Tal vez los familiares y amigos no sientan la misma obligación de acatar las normas de privacidad, confidencialidad, ética y responsabilidad lingüística que tienen los intérpretes médicos profesionales y calificados
- Pudieran surgir asuntos con respecto a mi tratamiento médico que pudieran ser delicados y/o me pudiera ser difícil hablar acerca de ellos con un familiar o amigo.

Entiendo que si amigos o familiares interpretaran para mí, la información confidencial se les divulgará a los amigos y familiares y acepto que se hagan dichas divulgaciones.

Entiendo que si interpretaran para mí un amigo o familiar, se pudiera demorar mi evaluación y/o tratamiento médico si no están presentes cuando los necesiten.

Entiendo que puedo terminar ("revocar") esta renuncia en cualquier momento y podré utilizar los servicios de intérprete que ofrece (centro clínico) sin costo alguno.

Además entiendo que esta renuncia no le da permiso a ningún intérprete para que actúe como mi representante autorizado.

Se me ha traducido este formulario y lo entiendo.

Paciente/Agente/Parte responsable

Firma _____ Fecha/Hora _____

Relación o parentesco con el paciente _____

Firma del intérprete _____ Fecha/Hora _____

Firma del integrante del personal _____ Fecha/Hora _____

El paciente se niega a firmar

Firma del testigo _____ Fecha _____

Esta sección es para utilizarla en el futuro

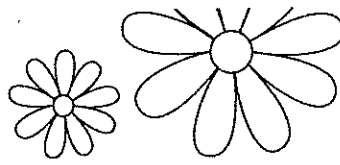
Quiero terminar ("revocar") esta renuncia.

Firma _____ Fecha _____

Explicación del documento (para los proveedores de servicios médicos y el personal)

Las normas de (nombre del centro clínico) exigen que intérpretes capacitados interpreten para los clientes cuyo dominio del inglés es limitado o para clientes sordos o que padezcan deficiencias auditivas a fin de asegurar que los pacientes estén a salvo y para que haya comunicación precisa entre el cliente y el personal que le atiende. Los pacientes tienen derecho a negarse a utilizar los servicios de intérprete y que en vez le traduzca un familiar o un amigo, pero los riesgos potenciales de utilizar los servicios de una persona que no sea intérprete capacitado se le tiene que explicar primero en su idioma. Además tiene que firmar este formulario cada vez que renuncie los servicios de intérprete y se tiene que guardar en su expediente permanente. El intérprete capacitado permanecerá en la sala clínica para intervenir por si acaso el familiar/amigo no puede o no está dispuesto a interpretar correctamente.

Las expectativas para los pagos



Aquí en Lovelace Women's Hospital nuestra máxima prioridad es prestar servicios excelentes de atención médica a todas nuestras pacientes. A fin de mantener nuestra capacidad de prestar servicios excelentes de atención médica a cada paciente, se aplican las expectativas siguientes a los pagos por los servicios de atención médica que no sean de emergencia y que se reciban en Lovelace Women's Hospital, tanto para las pacientes aseguradas como las que no lo están.

En casos de emergencia, Lovelace proporcionará el tratamiento médico necesario independientemente de la capacidad de pagar de la paciente.

Pacientes aseguradas

- El deducible, copago y/o todo coseguro que correspondan conforme a su póliza, se tienen que pagar en el momento que se preste el servicio.
 - El deducible es la suma de dinero estipulada que la paciente tiene que pagar antes de que su plan de seguro pague la demanda de seguro.
 - El coseguro es el porcentaje que usted y su plan de seguro pagarán por sus gastos médicos. Una vez que usted haya pagado su deducible, pagará el porcentaje estipulado pendiente de su factura. Por ejemplo, si su plan de seguro es de 70/30, su plan de seguro pagará el 70 por ciento y usted pagará el 30 por ciento de sus facturas médicas después de haber pagado el deducible.
 - El copago es la suma de dinero fija que usted paga cada vez que utiliza su seguro. Los copagos se pagan en cada consulta y, por lo general, son sumas más pequeñas.
- Si tiene programado un servicio o procedimiento médico que no sean de emergencia, tal vez nos pondremos en contacto con usted antes del turno para darle un cálculo de la suma que tendrá que pagar el día de su turno.
- Es importante que sepa que los seguros comerciales no cubren el 100 por ciento de los procedimientos médicos.

Pacientes no aseguradas

- Se le pedirá que pague en su totalidad los cobros presupuestados en el momento que se preste el servicio.
- Lovelace les ofrece a nuestras pacientes que pagan de su bolsillo un descuento del 70 por ciento por los servicios. Se tiene que pagar dicha suma en el momento que se preste el servicio.
- Le aportamos a las pacientes un cálculo del costo para que puedan tomar una decisión informada antes de proseguir con el servicio o procedimiento solicitado.

Planes de parto

- Con mucho gusto ofrecemos dos planes de parto especiales a las mujeres embarazadas. Tiene que cumplir los criterios siguientes para ser elegible para dichos planes
 - No tiene seguro médico
 - Su cobertura de seguro médico no cubre los servicios de maternidad pertinentes
 - Se exige que la paciente pague el costo del plan de parto en su totalidad 30 días antes del parto

Ayuda financiera

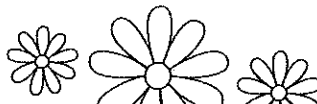
- Nuestro asesor financiero está a su disposición para ayudar a las pacientes sin seguro o con seguro insuficiente si les es difícil pagar los servicios. Eso pudiera abarcar un plan de pagos y/o la posibilidad de conseguir ayuda caritativa para las pacientes calificadas y para tipos específicos de consultas. Para conseguir más información llame al 505.727.7829.

Métodos de pago aceptados

- Efectivo, cheques, tarjetas de débito y de crédito (Visa, MasterCard y American Express)
- No aceptamos *Care Credit*

Acuerdos de pago

- Si se aprobara un plan de pagos para usted, tendrá que cumplir los términos acordados. Si no cumpliera por no hacer un pago, se considerará que su cuenta está morosa y estará sujeta a otros términos más de cobro.
 - Por eso, se le pudiera prohibir programar turnos con nuestro centro clínico y además se pudiera remitir su cuenta a una agencia externa de cobros. Lo más probable es que dichas acciones impacten su crédito.



Entra en vigor a partir del 20 de febrero de 2019

LOVELACE HEALTH SYSTEM
AVISO DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN
SOBRE LA SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LE ROGAMOS QUE LO LEA CUIDADOSAMENTE.

La información protegida sobre la salud se guarda electrónicamente y está sujeta a la divulgación electrónica.

Si tiene preguntas sobre este aviso, favor de llamar al encargado de privacidad de Lovelace Health System (LHS) al (505)727-7350.

Este aviso describe nuestras prácticas y las de:

- Todos los integrantes del personal médico y todos los profesionales médicos que participen en su atención médica;
- Todos los voluntarios que permitamos ayudar mientras usted esté aquí; y
- Todos los empleados de cualquier hospital, clínica, laboratorio u otro centro clínico que esté afiliados a LHS.

Todas estas personas cumplen los términos de este aviso. Además pueden divulgar la información sobre la salud que le identifica a usted (que también se denomina "la información protegida sobre la salud") entre ellos para fines de tratamientos, pagos o las operaciones de cuidados de salud según se describen en este aviso.

Nuestra promesa con respecto a la información sobre la salud:

Sabemos que la información sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger la información sobre su salud. Este aviso le informará las maneras que podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud. Además este aviso describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la información protegida sobre la salud. Se exige que cumplamos todas las leyes estatales que ofrecen protecciones de privacidad adicionales a los pacientes/asegurados del plan.

Se exige por ley que:

-
- Mantengamos la privacidad de la información sobre la salud que le identifica a usted;
 - Le proporcionemos a usted y a otras personas este aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad referentes a la información protegida sobre la salud;
 - Cumplamos los términos del aviso que está en vigor actualmente; y
-

Entra en vigor a partir del 20 de febrero de 2019

- Avisemos a las personas afectadas en caso de que haya una infracción de la información protegida sobre la salud sin garantía.

Cómo podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud:

- **Para tratamientos.** Podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud para proporcionarle servicios o tratamientos médicos. Por ejemplo, un proveedor de servicios médicos (es decir un médico, el personal de enfermería u otra persona que le esté prestando servicios médicos) obtendrá acceso a la información sobre su salud para entender su problema médico y su historial. Además los proveedores de servicios médicos apuntarán las acciones que hayan tomado en el curso de su tratamiento y anotarán cómo se deberá responder a las acciones. Esta información es necesaria para que los proveedores de servicios médicos determinen el tratamiento que usted debe recibir y para coordinar su atención médica.
- **Para pagos.** Podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud para fines de recibir pagos por los tratamientos y servicios que haya recibido. Por ejemplo, podemos divulgar su información a los planes de seguro médico o a otros pagadores a fin de determinar si usted está inscrito con el pagador o si es elegible para los beneficios médicos o para presentar demandas de pago. La información que consta en su factura pudiera contener información que le identifica, su diagnóstico y tratamiento o los suministros que se utilizaron en el curso de tratamiento. Podemos proporcionar información sobre la salud a entidades que nos ayudan a entregar facturas y cobrar las sumas que se deben; por ejemplo, a una empresa de cobros.
- **Para operaciones de cuidados de salud.** Podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud para fines operativos. Por ejemplo, la información sobre su salud la pudieran utilizar, y se pudiera divulgar a, los integrantes del personal médico, al personal que evalúa los riesgos o el mejoramiento de la calidad y a otros para que evalúen el desempeño de nuestro personal, para que evalúen la calidad de la atención médica y los resultados en su caso y en casos similares, para aprender cómo mejorar nuestros centros clínicos y servicios, para las capacitaciones, para que hagan los arreglos necesarios para servicios legales o de control de riesgos y para determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la efectividad de la atención médica que proporcionamos.
- **Para el intercambio de datos sobre la salud.** Podemos participar en un intercambio de información sobre la salud, o más de uno, u otros registros de información sobre la salud y podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud mediante dichos intercambios para ciertos fines que se describen en este aviso. Por ejemplo, podemos divulgar la información sobre su salud de otros participantes del intercambio de información sobre la salud quienes le hayan atendido, o podemos obtener información sobre su salud de los mismos, a fin de coordinar su atención médica. Podemos utilizar un intercambio de información sobre la salud para obtener información a fin de pagar la atención médica que usted reciba. Además podemos divulgar u obtener la información sobre su salud mediante un intercambio de información sobre la salud para fines de evaluar la calidad o mejorar la salud y reducir los costos de la atención médica. Podemos divulgar la información sobre su salud a un registro

Entra en vigor a partir del 20 de febrero de 2019

electrónico de información sobre la salud a fin de reportar ciertas enfermedades o para otros fines de salud pública.

- **Para la guía del centro clínico.** A menos que usted se oponga, podemos incluir sus datos en la guía del centro clínico. Dichos datos pudieran incluir su nombre, el sitio donde está usted en el centro clínico, su condición general (*por ejemplo*, buena, estable, *etc.*) y su afiliación religiosa. Podemos proporcionar sus datos de la guía, salvo su afiliación religiosa, a las personas que pregunten por usted por su nombre. A menos que usted se oponga, su afiliación religiosa y los demás datos de la guía se pueden divulgar a los cleros, aun si no preguntan por usted por su nombre.
- **Otras personas involucradas en su atención médica.** Podemos divulgar información pertinente sobre su salud a familiares, amigos o a cualquier otra persona que usted especifique a fin de que dicha persona esté involucrada en su atención médica o en el pago por su atención médica. Además podemos divulgar la información sobre su la salud a los que estén ayudando a llevar a cabo esfuerzos humanitarios en casos de desastres a fin de que se les pueda avisar a otras personas su condición, su estado médico y el sitio donde está.
- **Recaudación de fondos.** No utilizamos ni divulgamos su información para fines de recaudación de fondos.
- **Exigencias por ley.** Podemos utilizar y divulgar la información sobre usted según se exija por ley. Por ejemplo, se exige que divulguemos información sobre usted al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., si solicitara dicha información, a fin de determinar que estemos cumpliendo las leyes federales de privacidad.
- **Denunciar maltrato, negligencia o violencia intrafamiliar.** Podemos divulgar la información sobre la salud a la autoridad gubernamental debida, incluso a las agencias de servicios de protección, si creemos que una persona es víctima de maltrato, negligencia o violencia intrafamiliar. Informaremos a la persona que hemos presentado dicha denuncia, salvo si creemos que hacerlo pudiera poner a la persona en peligro grave de sufrir daño. Solo presentamos dichas denuncias según lo exija o autorice la ley, o si la persona está de acuerdo.
- **Salud pública.** Se puede utilizar o divulgar la información sobre su salud para las actividades de salud pública; por ejemplo, para ayudar a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales (*por ejemplo*, el departamento de salud estatal, el Centro de Control de Enfermedades, *etc.*) para prevenir o controlar las enfermedades, lesiones o discapacidades o para otras actividades de salud pública.
- **Fines de orden público.** Conforme a ciertas restricciones, podemos divulgar la información que sea necesaria o que soliciten los funcionarios policiales.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar información en respuesta a una solicitud de descubrimiento de las pruebas, una orden judicial o un citatorio apropiado.

Entra en vigor a partir del 20 de febrero de 2019

- **Supervisión de actividades de salud.** Podemos divulgar la información sobre su salud a las agencias de supervisión de actividades de salud para llevar a cabo las actividades que autorice la ley; por ejemplo, auditoría, investigaciones e inspecciones a fin de supervisar el sistema de atención médica.
- **Difuntos.** Se puede divulgar la información sobre la salud a directores de funerarias, a médicos forenses o a un juez de instrucción para fines de permitir que lleven a cabo sus deberes legales.
- **Donación de órganos/tejidos.** La información sobre su salud se puede utilizar o divulgar para fines de donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.
- **Investigaciones.** Podemos utilizar o divulgar la información sobre su salud para fines de investigación una vez que se reciba su autorización o si una junta de revisión institucional [*institutional review board, IRB*] o una junta de privacidad nos dispensan del requisito de autorización debido a su revisión de la propuesta de investigación y si han establecido protocolos a fin de garantizar la privacidad de la información sobre su salud. Además podemos revisar la información sobre su salud para ayudar a preparar el estudio de investigación.
- **Salud y seguridad.** Se puede divulgar la información sobre su salud a fin de prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad suya o de cualquier otra persona conforme a las leyes pertinentes.
- **Actividades gubernamentales.** La información sobre su salud se puede divulgar para fines de llevar a cabo actividades gubernamentales especializadas; por ejemplo, la protección de funcionarios públicos o para rendir cuentas a varias organizaciones de servicios armados.
- **Indemnización laboral.** La información sobre su salud se puede utilizar o divulgar a fin de cumplir las leyes y los reglamentos correspondientes a la indemnización laboral.
- **Socios del negocio.** Podemos divulgar la información sobre su salud a los socios del negocio (personas o entidades que llevan a cabo actividades en nuestro nombre) con tal que acepten salvaguardar la información.
- **Otros usos y divulgaciones.** Nos podemos comunicar con usted para recordarle sus citas o para la facturación o los cobros y le podemos dejar mensajes en su contestadora, sistema de mensajes de voz o mediante otros medios. A excepción de los usos y las divulgaciones que se describen más arriba, solo utilizaremos y divulgaremos la información sobre su salud con su autorización por escrito. Sujeto al cumplimiento de excepciones limitadas, no utilizaremos ni divulgaremos notas de psicoterapia, ni utilizaremos ni divulgaremos la información sobre su salud para fines de mercadeo ni venderemos la información sobre su salud, a menos que usted haya firmado una autorización. Usted puede revocar una autorización con tal que nos avise por escrito, a excepción de las acciones que se hayan llevado a cabo conforme a la autorización.

Entra en vigor a partir del 20 de febrero de 2019

Sus derechos con respecto a la información sobre su salud:

Usted tiene derecho a:

- Obtener copia impresa de este aviso de las prácticas referentes a la información, bajo solicitud, aun si antes aceptó recibir este aviso electrónicamente.
- Inspeccionar y obtener copia de la información sobre su salud que guardamos, o indicarnos que enviemos copia de la información sobre su salud a otra persona que usted especifique por escrito. En la mayoría de los casos, le concederemos dicho acceso a usted, o a la persona que usted especifique, en los siguientes treinta (30) días, a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- Solicitar una enmienda a la información sobre su salud si usted cree que está incorrecta o incompleta. Podemos denegar su solicitud, pero le avisaremos por qué en los siguientes sesenta (60) días, a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- Solicitar que se comunique confidencialmente la información sobre su salud por otros medios o en otros sitios. Es importante que sepa que dicha solicitud de comunicación por otros medios o en otros sitios aplica solo a ese proveedor de servicios médicos o a ese sitio.
- Solicitar una cuenta (una lista) de las divulgaciones de la información sobre su salud que hayamos llevado a cabo en los seis años previos a su solicitud, salvo ciertas divulgaciones que no se exige que se incluyan (por ejemplo, las divulgaciones que usted nos haya autorizado hacer). Además incluiremos en la lista la razón por la divulgación y el nombre del destinatario. Proporcionaremos dicha lista una vez al año sin costarle nada a usted, pero si pide otras listas más en el mismo plazo de doce (12) meses, le podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- Solicitar una restricción con respecto a ciertos usos y divulgaciones de su información. No se exige que aceptemos las restricciones que se soliciten, a menos que sean solicitudes que limitan las divulgaciones a su plan de seguro médico para fines de pagos u operaciones de cuidados de salud si usted ha pagado de su bolsillo el costo en su totalidad del artículo o servicio que cubre la solicitud y si las leyes no exigen los usos ni las divulgaciones.

Si usted le ha concedido a otra persona un poder notarial médico, o si se ha nombrado a otra persona como su tutor legal o si la ley le autoriza a actuar en su nombre, esa persona puede ejercer cualquiera de los derechos que se indican más arriba para usted. Confirmaremos que dicha persona tiene la autoridad de actuar en su nombre antes de tomar acción alguna.

Si desea ejercer alguno de estos derechos, favor de comunicarse con nuestro encargado de la privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso.

Cambios a este aviso:

Reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y de poner en vigor los nuevos términos para toda la información protegida sobre la salud que guarda LHS. Publicaremos copia

Entra en vigor a partir del 20 de febrero de 2019

del aviso actual tanto en nuestro centro clínico como en nuestro sitio web, <http://www.lovelace.com>. Además puede conseguir copia del aviso actual si se comunica con nuestro encargado de la privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso. La fecha de vigencia del aviso se indica en la esquina derecha superior de cada página.

Quejas:

Si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a LHS o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.. Para presentar una queja a LHS, entregue su queja por escrito a nuestro encargado de la privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso. No se le penalizará por presentar una queja.

Datos de contacto para preguntas o para presentar una reclamación:

Si tiene preguntas sobre este aviso, si desea ejercer uno de sus derechos que se describen en este aviso o si desea presentar una queja, favor de comunicarse con el encargado de la privacidad de LHS en:

Lovelace Medical Center

601 Dr. Martin Luther King Jr. Ave. NE
Albuquerque, New Mexico 87102
Teléfono: (505) 727-7350
Correo electrónico: LovelacePrivacidad@Lovelace.com

Lovelace Regional Hospital - Roswell

117 East 19th Street
Roswell, New Mexico 88201
Teléfono: (505) 727-7350
Correo electrónico: LovelacePrivacidad@Lovelace.com

Heart Hospital of New Mexico

504 Elm St. NE
Albuquerque, New Mexico 87102
Teléfono: (505) 727-7350
Correo electrónico: LovelacePrivacidad@Lovelace.com

Lovelace UNM Rehabilitation Hospital

505 Elm St. NE
Albuquerque, New Mexico 87102
Teléfono: (505) 727-7350
Correo electrónico: LovelacePrivacidad@Lovelace.com

Lovelace Westside Hospital

10501 Golf Course Rd. NW
Albuquerque, New Mexico 87114
Teléfono: (505) 727-7350

Entra en vigor a partir del 20 de febrero de 2019

Correo electrónico: LovelacePrivacidad@Lovelace.com

Lovelace Women's Hospital

4701 Montgomery Blvd. NE
Albuquerque, New Mexico 87109

Teléfono: (505) 727-7350

Correo electrónico: LovelacePrivacidad@Lovelace.com

Lovelace Central Billing Office

4411 The 25 Way NE, Suite 100
Albuquerque, New Mexico 87102

Teléfono: (505) 727-7350

Correo electrónico: LovelacePrivacidad@Lovelace.com

Lovelace Medical Group/New Mexico Heart Institute

4101 Indian School Rd. NE
Albuquerque, New Mexico 87110

Teléfono: (505) 727-7350

Correo electrónico: LovelacePrivacidad@Lovelace.com

Tiene derecho a obtener la atención médica que necesita sin importar su edad, raza, color, creencias, nacionalidad, género o preferencia sexual. Se les debe proporcionar a usted o a su representante designado información antes de administrar o suspender la atención médica sobre sus derechos como paciente.

Como paciente, tiene derecho a:

Un examen médico y a que se le establezca incluso si no pudiera pagar.

Que se hagan los arreglos para proporcionarle el servicio de un intérprete de idiomas, sin costarle nada a usted. Dicho intérprete le puede ayudar a hablar y comprender lo que le digan el médico y el personal. El intérprete le puede ayudar a comunicar lo que usted necesita al personal del hospital.

Pedir que se le avise a un familiar o un amigo y a un médico o proveedor de atención médica de su elección si tiene que pasar la noche en el hospital.

Que un familiar o un representante de su elección participen en la discusión de las opciones de tratamiento.

Que se le trate con cortesía y respeto de forma que respete la privacidad, confidencialidad, seguridad y dignidad. Un ambiente que conserve la dignidad y contribuya a una imagen personal positiva.

Recibir atención médica en un ambiente seguro libre de abuso mental, físico, sexual y verbal, descuido y explotación.

Saber quiénes constituyen el equipo que le proporciona su atención médica.

Involucrarse en la toma de decisiones sobre su tratamiento y atención médica.

Que se le informe de cualquier evento adverso inesperado.

Aceptar o rechazar atención médica, tratamientos, procedimientos o servicios de acuerdo con la ley y la reglamentación.

Que se le pregunte sobre su dolor y que éste se maneje de forma apropiada.

A que no se le sujete, administren sedantes o se le aisle en una sala para controlar problemas de comportamiento, excepto en emergencias. Dichos métodos sólo se permiten para mantener a salvo a la persona, si fallan todos los otros métodos disponibles.

El hospital respeta el derecho y la necesidad de tener una comunicación eficaz.

El hospital no participa en programas que les dan a los pacientes la oportunidad de trabajar.

Comunicarse libremente, sin restricciones (por correo, teléfono, visitantes u otras formas de comunicación) a menos que dichas restricciones se establezcan con su participación y se evalúen para comprobar su efectividad terapéutica.

Recibir información sobre su enfermedad o padecimiento, el tratamiento que puede esperar y el propósito de todo procedimiento que le sugiera el proveedor atención médica, así como los resultados previstos de la atención médica, del tratamiento y de los servicios.

Recibir instrucción sobre cómo cuidarse a sí mismo después de la dada de alta.

Recibir la información debida con respecto a las investigaciones, pruebas clínicas y de investigación para las que pudiera ser candidato/a.

Recibir una explicación completa de su factura, cobertura del seguro, servicios y tratamientos proporcionados.

Lo siguiente, con respecto a sus expedientes médicos y su información de salud.

Consultar u obtener copia de sus expedientes médicos en un periodo de tiempo razonable.

Solicitar por escrito una corrección de su información de salud en ciertas circunstancias.

Obtener, bajo solicitud, copia del Aviso conjunto de las prácticas referentes a la privacidad de Lovelace Health System.

El derecho a la confidencialidad y a la información de cómo y/o cuándo Lovelace Health System puede utilizar o divulgar su información de salud.

A que el Lovelace Health System le rinda cuentas con respecto a la divulgación de su información de salud protegida durante los últimos seis (6) años, a partir del 14 de abril del 2003.

Solicitar que su información de salud se comunique a otras instituciones o proveedores de atención médica de forma confidencial.

Restringir ciertos usos y divulgaciones de su información de salud (con la aprobación del Funcionario encargado de la privacidad).

Tener acceso a servicios de protección o defensa, por medio de los Servicios de Protección de Menores [*Child Protective*

Services] o los Servicios de Protección de Adultos [*Adult Protective Services*].

Expresar sus preocupaciones/quejas temer represalias y que le respondan oportunamente.

Apelar su fecha de dada de alta si cree que es demasiado pronto.

Tener presente un familiar, amigo u otra persona de su elección para que le apoye durante el transcurso de su estancia. Tiene derecho a recibir los visitantes que usted desee. Los visitantes deben ser cónyuge, pareja conviviente, pareja conviviente del mismo sexo, un familiar, un amigo o cualquier otra persona que usted desee. Puede cambiar de idea en cualquier momento. El hospital pudiera limitar las visitas si suceden problemas o por motivos de seguridad, protección o cuidado del paciente.

Las acomodaciones para las personas con discapacidades y los servicios prestados para ayudar a los pacientes con sus necesidades con respecto a la comunicación o problemas de movilidad.

Estar libre de la discriminación.

Nombrar un suplente, de su elección, para que tome decisiones en su nombre.

Recibir información de forma que puedan entender, tanto usted mismo como el suplente que usted haya elegido para tomar decisiones.

Si usted no pudiera tomar decisiones debido a su estado médico, el suplente que usted haya elegido para tomar decisiones tendrá estos derechos.

Recibir información por escrito acerca de las directivas médicas por adelantado, de retirar o renunciar a tratamientos de soporte vital y de suspender las medidas de reanimación.

Al igual que los pacientes tienen ciertos derechos, tanto ellos mismos como sus familias, también tienen las siguientes responsabilidades:

TIENE LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR EN LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE LA ATENCIÓN MÉDICA AL:

Proporcionar información de salud correcta y completa.

Saber que medicinas toma.

Informar a su proveedor de atención médica cualquier cambio que tenga en su salud.

Hacer preguntas para que pueda entender lo que se le explicó y qué es lo que tiene hacer.

Cumplir el plan de tratamiento o avisar a su proveedor de atención médica si no lo puede cumplir.

Aceptar las consecuencias de rechazar el tratamiento o de no cumplir el plan de tratamiento.

Leer y comprender la información que se le aporte sobre los beneficios de la atención médica.

Cancelar las citas si no puede asistir.

Cumplir los reglamentos del hospital referentes a la atención médica de los pacientes y su seguridad.

Cumplir sus obligaciones financieras acordadas con el hospital.

Tratar a los demás pacientes y al personal del hospital con respeto.

Respetar la propiedad de los demás y de la organización de atención médica.

Dar su opinión, hablar de sus preocupaciones o presentar quejas de forma constructiva a las personas debidas.

Respetar el ambiente sin humo del hospital, lo cual incluye el tabaco, los productos de tabaco y los cigarrillos electrónicos.

DIRECTIVAS MÉDICAS POR ADELANTADO

Toda persona que pueda entender los asuntos puede tomar decisiones referentes a sus opciones de tratamiento médico y donación de órganos. Eso puede realizarse si se preparan directivas médicas por adelantado o un poder duradero para decisiones referentes a la atención médica.

Las directivas médicas por adelantado le hacen saber al personal médico el tipo de atención médica que usted desea si no pudiera comunicarse con nosotros; por ejemplo, si estuviera en estado de coma. Por medio de dicho documento usted puede elegir a alguien que tome decisiones en su nombre. A veces las directivas médicas por adelantado se llaman un testamento vital. Tiene derecho a preparar, revisar o modificar las directivas médicas por adelantado. Si necesita ayuda, favor de pedirla. Nuestro personal le puede ayudar a preparar, revisar o modificar las directivas médicas por adelantado. Honraremos sus directivas médicas por adelantado o sus deseos referentes a la donación de órganos conforme a las leyes, las regulaciones y nuestra capacidad y las normas del hospital. Lovelace Health System no limita la implementación de las directivas médicas por adelantado por motivos de conciencia.

Para abordar las quejas o reclamaciones con respecto a las supuestas infracciones de los derechos del paciente o el supuesto incumplimiento del hospital referente a las directivas médicas por adelantado, llame al (505) 727-7008 y pida hablar con el Representante de Relaciones con los Pacientes.

Todas las reclamaciones con respecto a situaciones que pongan en peligro al paciente, como el descuido o maltrato, se deben investigar enseguida, dada la gravedad de las alegaciones y el potencial de daño al paciente. Póngase en contacto con el Supervisor Local [*House Supervisor*] al (505) 727-7882 o (505) 205.4786.

El Departamento de Servicios de Manejo de Incidentes Médicos [*Department of Health Incident Management Services*] de Nuevo México y la Asociación de Revisión Médica [*Medical Review Association*] de Nuevo México se dedican a proporcionar ayuda con información, asesoría, educación, intercesores y resolución de disputas entre los pacientes y hospitales. Sus datos de contacto se encuentran a continuación.

SI TIENE QUEJAS O DUDAS O SI CREE QUE LE ESTÁN DANDO DE ALTA DEMASIADO PRONTO, PUEDE:

Solicitar a la Asociación de Revisión Médica [*Medical Review Association*] de Nuevo México para que lleve a cabo una revisión de las preocupaciones con respecto a la calidad de la atención médica, las decisiones referentes a la cobertura o si desea apelar la fecha de su dada de alta.

Y comuníquese sus preocupaciones al:

New Mexico Department of Health Incident Management Services
[Departamento de Servicios de Manejo de Incidentes Médicos de Nuevo México]
1190 St. Francis Drive, Santa Fe, NM 87505
Teléfono: 1.800.752.8649 Fax: 1.888.576.0012
Por correo electrónico a: incident.management@state.nm.us
Sitio web: dhi.health.state.nm.us/imb/index.php

KEPRO
5201 West Kennedy Blvd, Suite 900
Tampa, FL 33609
Teléfono: 1.888.315.0636 Fax: 1-844-878-7921 TTY: 1-855-843-4776
Sitio web: www.keproqio.com

DNV-GL Healthcare
Hospital Complaint [Quejas referentes a hospitales]
400 Techne Center Dr., Suite 100
Milford, OH 45150
Teléfono: 1.866.496.9647 Fax: 1.513.947.1250
Correo electrónico: hospitalcomplaint@dnvgl.com

PATIENT IDENTIFICATION

The Department of Health's Incident Management System's goal is to prevent the occurrence of abuse, neglect, and exploitation of individuals who receive care in licensed health care facilities.

Lovelace Health System participates in this program by identifying and reporting abuse, neglect, or misappropriation of consumers' property.

DEFINITIONS

- × **Abuse:** The willful infliction of injury, unreasonable confinement, intimidation or punishment with resulting physical harm, pain, or mental anguish.
- × **Neglect:** The failure to provide goods and services necessary to avoid physical harm, mental anguish, or mental illness
- × **Consumer:** Any person who engages the professional services of a health care professional as an inpatient or outpatient.
- × **Misappropriation of property:** the deliberate misplacement of consumer's property or wrongful, temporary, or permanent use of belongings or money without the consumer's consent.

Facility Process for Reporting Abuse and Neglect

- × First, the safety of the consumer will be ensured. This includes:
 - Separating the consumer from the alleged perpetrator
 - Providing needed first aid and medical care
 - Determining if the incident is reportable
- × Reporting is mandatory for suspected abuse of dependent or elderly adults and children under 18 years of age.
- × Reporting shall occur within 24 hours (or next business day if the incident occurs on a weekend or holiday) to the Department of Health Division of Health Improvement.
- × The person with direct knowledge of the incident should complete the first page of the Incident Report Form which can be found online.

Who can report abuse and neglect?

Any consumer, employee, family member, or legal guardian can report incidents of abuse and neglect either on their own or through a licensed health care facility. If an incident is reported to a Lovelace staff member, the Department of Health must be notified through the above process.

ALL REPORTING IS CONFIDENTIAL

- × For allegations of abuse, neglect or exploitation—Call 1-800-445-6242 - Hotline 24/7
- × Adult Protective Services - 1-866-654-3219
<http://dhi.health.state.nm.us/imb/index.php>.

What does Lovelace do with this information?

- × Lovelace has an active quality program which reviews complaints and incidents and a process for documenting corrective and preventative actions.
- × All events reported to the Department of Health Incident Management System are reviewed as a part of this quality program.

Tomar decisiones de atención médica

Preguntas y respuestas sobre su derecho a decidir

Preguntas que los pacientes formulan a menudo sobre su atención médica.

- ¿Quién tomará decisiones de atención médica en mi nombre si yo no puedo hacerlo?
- ¿Puedo aceptar o rechazar el tratamiento médico de acuerdo con mis valores, preferencias y creencias?
- Se respetarán mis deseos de atención médica al final de mi vida?

Lovelace es partidario de que su atención médica refleje sus deseos en la mayor medida posible. Ofrecemos esta información para ayudarlo a comenzar a pensar en dichas decisiones de atención médica. Además, lo alentamos a comentar estas decisiones con su familia, sus amigos, su consejero religioso y su médico. Tal vez quiera anotar sus deseos mientras los piensa y habla acerca de ellos.

Su derecho a dar directivas sobre su futura atención médica.

Como adulto competente, usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico y el derecho a planear y dar directivas sobre los tipos de atención que pueda recibir en el futuro, si se torna incapaz de expresar sus deseos. Puede hacer esto por medio de la elaboración de directivas previas.

Encontrará el término poder notarial ilimitado de atención médica en el formulario de directivas previas. Es el "poder" que usted da a otra persona, por lo general el familiar o amigo más cercano, para ser su "agente de atención médica." Esta persona tomará decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede hacerlo. Esto significa que usted está dándole a esa persona la autoridad para tomar una gran variedad de decisiones de atención médica en su nombre. En su formulario de directivas previas puede mencionar tratamientos que desea, o que no desea recibir, como cirugía o métodos para prolongar artificialmente la vida. Dado que su agente de atención médica tomará decisiones en su nombre de acuerdo con lo que sabe sobre usted y piensa que usted querría, es importante que usted comente sus preferencias de tratamiento con esa persona. Por favor, recuerde que otra persona hablará en su nombre sólo cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Puede cancelar o reemplazar sus directivas previas en cualquier momento. En el documento de directivas previas encontrará una explicación sobre cómo hacerlo. Para cancelar o cambiar una directiva verbal, hable con su médico.

Lovelace apoya los derechos de los pacientes a tomar decisiones de atención médica.

En Lovelace queremos que participe en la mayor medida posible en su atención médica. Este folleto se preparó de acuerdo con la Ley de Autodeterminación del Paciente de 1990 y las leyes de Nuevo México relacionadas con el tema.

¿Qué son las directivas previas de atención médica?

Las directivas previas indican quién desea usted que tome decisiones de atención médica en su nombre, si no puede expresarlas usted mismo, así como sus decisiones sobre los tratamientos que desea, o no desea, recibir. Las directivas previas le permiten expresar sus deseos de acuerdo con sus deseos y creencias personales.

Existen dos maneras de dar directivas previas:

- 1) **Por escrito:** Puede designar por escrito a una persona que tome decisiones de atención médica en su nombre y decida sobre su tratamiento médico. Su prestador de atención puede entregarle un formulario para completar. No es necesario que sea notariado ni firmado ante testigos. Puede completar todo el formulario o parte del mismo, según sus necesidades.
- 2) **Verbalmente:** La ley de Nuevo México expresa que los pacientes pueden decir a sus médicos el tipo de atención que desean o la persona con quien quieren que hable el médico si no pueden tomar decisiones sobre su atención. Sin embargo, también se le recomienda documentar sus deseos por escrito.

¿Quiénes pueden dar directivas previas?

Puede dar directivas previas si tiene 18 años o más y es capaz de tomar sus propias decisiones.

¿Por qué debo dar directivas previas?

Las directivas previas indican a otras personas quién quiere usted que tome decisiones de atención médica en su nombre cuando no pueda hacerlo, así como la atención y el tratamiento que desea o no desea. Pueden aliviar a su familia de la carga de suponer cuáles serían sus deseos.

¿Dónde debo guardar mis directivas previas?

Informe a su familia y amigos que tiene directivas previas y guarde el original en un lugar seguro en su casa, donde se pueda encontrar con facilidad. Entregue una copia a la persona que quiere que tome decisiones de atención médica en su nombre cuando usted no pueda y a su médico, para que las coloque en su expediente médico permanente. Tenga a mano copias adicionales para entregar a sus prestadores de atención si va al hospital u a otro centro de atención médica.

¿Por qué debo tomar decisiones sobre mi atención médica?

Lovelace apoya los derechos de los pacientes a tomar decisiones sobre la atención que reciben y a dar directivas previas de atención médica. Nuestro personal cumple con la ley del estado de Nuevo México, la cual da a los pacientes muchas opciones para tomar estas decisiones.

Lo que debe saber acerca de sus derechos.

- Todo adulto competente puede designar, verbalmente o por escrito, a una persona que pueda tomar decisiones de atención médica en su nombre si él o ella no pueden hacerlo. Si comunica sus decisiones de atención médica en forma verbal a su médico, sus deseos se documentarán en su expediente médico y serán legalmente vinculantes.
- Si usted se toma incapaz de tomar decisiones de atención médica y no ha designado a alguien que las tome por usted, seguiremos la siguiente "jerarquía de consentimiento" para garantizar que las decisiones se tomen según sus deseos:

- | | | |
|--|---------------------|--|
| 1) Cónyuge | 3) Hijos adultos | 6) Abuelo o abuela |
| 2) La persona con la que tenga una relación duradera | 4) Padre o madre | 7) Un adulto que lo conozca a usted y sus valores. |
| | 5) Hermanos adultos | |

Esta "jerarquía de consentimiento" significa que si la primera persona no está disponible (por ejemplo, si usted no está casado), se puede contactar a la persona siguiente. Si sabe a quién quiere como agente de atención médica indíquelo a sus prestadores de atención. Además, debe analizar sus deseos de tratamiento médico con dicha persona, para que esta pueda tomar decisiones que respondan a sus deseos.

- Se presume que los adultos competentes son capaces de tomar sus propias decisiones de atención médica, a menos que la evaluación de dos profesionales de la salud certificados determine lo contrario.

Cuando ingrese a un hospital Lovelace, le preguntaremos si ha preparado un formulario de directivas previas o si desea contar con información sobre este documento.

¿Qué es un poder notarial ilimitado de atención médica?