



Mount Sinai

Derechos, responsabilidades y referencias de los pacientes del Mount Sinai Health System

Guarde esta guía como referencia sobre los procedimientos hospitalarios y sus derechos médicos.

Observe que "Mount Sinai" hace referencia a todos los hospitales y consultorios relacionados de Mount Sinai en el Mount Sinai Health System.



Índice

Contenido	Página
Declaración de derechos de los pacientes	3
Declaración de derechos de los padres	4
Responsabilidades de los pacientes	5
Aviso de prácticas de privacidad	6
Acerca del formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica	21
Instrucciones para el formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica	22
Resumen de la Política sobre las instrucciones anticipadas	23
Información para el paciente sobre el manejo del dolor	24
Violencia en el hogar: aviso sobre los derechos de las víctimas	26
Violencia en el hogar: aviso para los pacientes de maternidad y prenatales	28
Intercambio de información médica (HIE) de Mount Sinai y hoja informativa de Healthix	30
Apéndices	32
Apéndice A: Dudas, problemas y quejas sobre su atención hospitalaria	33
Apéndice B: Qué hacer si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto	34
Apéndice C: Confidencialidad de la información genética	35
Formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en el estado de Nueva York	38
Información importante sobre cómo pagar su atención	42



Declaración de derechos de los pacientes

Como paciente en un hospital del estado de Nueva York, usted tiene los siguientes derechos conforme a la ley:

1. Entender y usar estos derechos. Si por alguna razón no entiende o necesita ayuda, el hospital **debe** proporcionar asistencia, incluida la de un intérprete.
2. Recibir tratamiento sin que se le discrimine por cuestiones de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, discapacidad, orientación sexual, fuente de pago o edad.
3. Recibir atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro sin que se le apliquen restricciones innecesarias.
4. Recibir atención de urgencia si la necesita.
5. Conocer el nombre y cargo del médico que será el responsable de su atención en el hospital.
6. Saber los nombres, puestos y funciones del personal del hospital que esté involucrado en su atención y rechazar que le den tratamiento, lo examinen o lo observen.
7. Una habitación en la que esté prohibido fumar.
8. Recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
9. Recibir toda la información que necesite para otorgar su consentimiento informado para cualquier procedimiento o tratamiento. Esta información deberá incluir los posibles riesgos y los beneficios del procedimiento o tratamiento.
10. Recibir toda la información que necesite para otorgar su consentimiento informado para una orden de no reanimación. También tiene el derecho de designar a una persona para que otorgue este consentimiento en su nombre si usted está tan enfermo que no pueda hacerlo. Si desea obtener más información, solicite una copia del folleto "Decidir sobre la atención médica: una guía para pacientes y sus familias".
11. Rechazar el tratamiento y que se le diga el efecto que eso puede tener en su salud.
12. Negarse a participar en una investigación. Ya sea que acepte o no participar, tiene el derecho de que se le dé una explicación completa.
13. Tener privacidad mientras esté en el hospital y que toda la información y los registros que estén relacionados con su atención sean confidenciales.
14. Participar en todas las decisiones acerca de su tratamiento y alta hospitalaria. El hospital debe proporcionarle el plan de alta hospitalaria y una descripción de cómo puede apelar dicha alta, ambos por escrito.
15. Revisar su expediente médico sin costo. Obtener una copia de su expediente médico por la que el hospital puede cobrarle un cargo razonable. No puede negársele una copia únicamente porque no la puede pagar.
16. Recibir una factura detallada y una explicación de todos los cargos.
17. Presentar una queja sobre la atención y los servicios que esté recibiendo sin miedo a represalias, que el hospital le responda y, si lo solicita, que le dé una respuesta por escrito. Si no está satisfecho con la respuesta del hospital, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Nueva York. El hospital debe proporcionarle el número telefónico del Departamento de Salud del estado.
18. Autorizar a qué familiares u otros adultos se les dará prioridad para que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas.
19. Informar sus deseos respecto a las donaciones de órganos. Puede expresar dichos deseos en el documento de designación de un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica o en una tarjeta de donante, la cual está disponible en el hospital.

Ley de Salud Pública (PHL), sección 2803 (1) (g): Derechos de los pacientes, 10NYCRR, 405.7, 405.7(a)(1), 405.7(c)



Declaración de derechos de los padres

Como padre, tutor legal u otra persona con autoridad para tomar decisiones sobre un paciente pediátrico que recibe atención en este hospital, tiene los siguientes derechos conforme a la ley:

1. Informar al hospital el nombre del proveedor de atención primaria del menor, si lo sabe, y que esta información quede registrada en el expediente médico del menor.
2. Tener la seguridad de que el hospital solo admitirá cierto número de pacientes pediátricos conforme a su capacidad de proporcionar personal calificado, espacio y equipo de tamaño apropiado necesarios para atender las necesidades únicas de los pacientes pediátricos.
3. Permitir que, al menos, un padre o tutor permanezca con el menor todo el tiempo, en la medida de lo posible, según las necesidades de salud y seguridad del niño.
4. Que todos los resultados de las pruebas que se realicen durante la admisión o consulta en la sala de urgencias sean revisados por un médico, asistente médico o enfermero practicante que esté familiarizado con la afección actual del menor.
5. Que al menor no se le dé el alta de nuestro hospital o de la sala de urgencias hasta que el médico, asistente médico o enfermero practicante revise cualquier prueba que pueda, dentro de lo razonable, dar resultados de valor crítico, y que los resultados se le comuniquen a usted o a otra persona autorizada para tomar decisiones y a su hijo, si corresponde. Los resultados de valor crítico son aquellos que sugieren que existe una afección importante o que amenaza la vida del paciente de importancia que requiere atención médica inmediata.
6. Que al menor no se le dé el alta de nuestro hospital o de la sala de urgencias hasta que usted o el menor, si corresponde, reciba el plan de alta hospitalaria por escrito, el cual también se le debe comunicar de forma verbal a usted y al menor o a otra persona autorizada para tomar decisiones. El plan de alta hospitalaria por escrito identificará específicamente cualquier resultado crítico de laboratorio u otras pruebas diagnósticas que se hayan ordenado durante la estadía del menor e identificará cualquier otra prueba que aún no se haya concluido.
7. Que se le proporcionen los resultados con valor crítico y el plan de alta hospitalaria para el menor en una forma que asegure, dentro de lo razonable, que usted, el menor (si corresponde) u otra persona autorizada para tomar decisiones médicas comprendan la información médica que se le proporciona con el fin de que pueda tomar decisiones médicas apropiadas.
8. Que se le proporcionen todos los resultados de laboratorio de esta hospitalización o consulta en la sala de urgencias al proveedor de atención primaria del menor, si se conoce.
9. Solicitar información sobre el diagnóstico o posibles diagnósticos que fueron considerados durante este episodio de atención y las complicaciones que podrían desarrollarse, así como información sobre cualquier contacto que se haya hecho con el proveedor de atención primaria del menor.
10. Que se le proporcione, en el momento del alta del menor del hospital o del departamento de urgencias, un número telefónico al que pueda llamar para recibir consejos en caso de que surjan complicaciones o dudas respecto a la afección del menor.

Enmienda a la parte 405 del título 19 NYCRR (Atención pediátrica hospitalaria), marzo de 2014



Responsabilidades de los pacientes

Se redactó esta declaración de las responsabilidades de los pacientes para demostrar que el respeto mutuo y la cooperación son básicos para que se le proporcionen servicios de atención médica de calidad.

Cuando usted es paciente, tiene las siguientes responsabilidades:

1. Proporcionar información completa y precisa sobre sus enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos u otras cuestiones que tengan relación con su salud.
2. Si no comprende su tratamiento o lo que se espera que haga, hable con su médico o enfermero.
3. Si hay un cambio en su afección o si surgen problemas durante su tratamiento, hable con su médico o enfermero.
4. Seguir el plan de tratamiento recomendado por su médico como paciente hospitalizado o, después de que se le dé el alta hospitalaria, como paciente ambulatorio.
5. Proporcionar información precisa relacionada con su seguro u otras fuentes de pago. Los pacientes son responsables de asegurar el pronto pago de sus cuentas.
6. Comprender que podría ser necesario transferirlo a otra cama o a otro piso del hospital. Le pedimos disculpas por cualquier inconveniente que esto le pueda causar.
7. Ser cortés y considerado con otros pacientes y con el personal del hospital. Se espera que los pacientes ayuden a mantener un ambiente tranquilo y que respeten la propiedad del hospital.
8. Cumplir nuestra Política de no fumar.
9. Tener en cuenta los horarios y las políticas de nuestra clínica.



Aviso de prácticas de privacidad

INTRODUCCIÓN

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CON CUIDADO.

Vigente a partir de septiembre de 2013

Mount Sinai Health System, el cual incluye a Mount Sinai Beth Israel (MSBI), Mount Sinai Beth Israel Brooklyn (MSBIB), Mount Sinai St. Luke's (MSSL), Mount Sinai Roosevelt (MSRH), el Hospital de la Vista y el Oído de Nueva York en Mount Sinai (New York Eye and Ear at Mount Sinai, NYEE), The Mount Sinai Hospital (MSH), Mount Sinai Queens (MSQ), la Escuela de Medicina Icahn en Mount Sinai (Icahn School of Medicine at Mount Sinai, ISM), incluida su Práctica Médica (Doctors Faculty Practice, DFP), sus propias prácticas médicas fuera de los centros como North Shore Medical Group (NSMG) y Médicos de Mount Sinai en Brooklyn Heights (Mount Sinai Doctors Brooklyn Heights, DBH), y Mount Sinai Cares (llamados de forma colectiva, "Mount Sinai" para fines de este Aviso de prácticas de privacidad) están obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica. Mount Sinai también tiene la obligación de proporcionarle una copia de este Aviso de prácticas de privacidad (el Aviso), el cual describe las prácticas de privacidad con respecto a la información médica de Mount Sinai, y de seguir los términos del Aviso según se modifiquen ocasionalmente.

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Siempre habrá una copia del Aviso actual de Mount Sinai en el área de recepción en donde usted recibe atención. Usted también puede obtener su propia copia visitando nuestro sitio web en <http://www.mssm.edu/HIPAA>, llamando a nuestra oficina o pidiendo uno en su próxima consulta.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea obtener más información, comuníquese a nuestra Oficina de Privacidad al 212-241-4669.

PARTICIPANTES

Mount Sinai proporciona atención médica a los pacientes junto con los médicos y otros profesionales y organizaciones de atención médica. Las siguientes personas cumplirán las prácticas de privacidad descritas en este Aviso:

- ◆ Cualquier profesional de la atención médica que le dé tratamiento en cualquier ubicación de Mount Sinai;
- ◆ Todos los empleados, personal médico, aprendices, estudiantes o voluntarios en cualquier ubicación de Mount Sinai;
- ◆ Cualquier socio comercial de Mount Sinai (como se describe a continuación) y sus subcontratistas.

Estas prácticas de privacidad se cumplirán en todos los sitios de atención médica asociados con todas las entidades de Mount Sinai que se mencionaron anteriormente. Se adjunta una lista de las ubicaciones actuales y se actualizarán en nuestro sitio web a medida que se añadan o eliminen ubicaciones nuevas. (Anexo E).

Estas instalaciones e individuos compartirán información médica protegida (Protected Health Information, PHI) entre sí, según sea necesario, para llevar a cabo las operaciones de atención médica, pago y tratamiento descritas en este Aviso.



INFORMACIÓN RESUMIDA IMPORTANTE

Qué información médica está protegida. Estamos comprometidos con la protección de la privacidad de la información que recabamos sobre usted cuando le proporcionamos servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de PHI son: la información que indica que usted es un paciente en Mount Sinai; la información sobre su estado de salud (como una enfermedad que pueda tener); la información sobre los productos o los servicios de atención médica que ha recibido o podría recibir en el futuro (como una operación), o la información sobre sus beneficios de atención médica conforme a un plan de seguro de salud (como si una receta está cubierta) *en combinación con*: información demográfica (como su nombre, dirección o el estado de su seguro); números únicos que podrían identificarlo (como su número de Seguro Social, su número de teléfono o su número de licencia de conducir); información genética (consulte el Anexo D), y otros tipos de información que podrían identificar quién es usted. Tome en cuenta que la PHI ya no se encuentra protegida 50 años después de la muerte del paciente.

Representantes personales. Si una persona tiene la autoridad de acuerdo con la ley para tomar decisiones en su nombre relacionadas con su atención médica ("representante personal"), Mount Sinai tratará a su representante personal de la misma manera en que lo trataría a usted con respecto a su PHI. Los padres y los tutores, por lo general, serán los representantes personales de los menores de edad a menos que, por ley, se permita a los menores de edad actuar en su propio nombre.

Requisito de autorización por escrito. Obtendremos su autorización por escrito antes de usar su PHI o compartirla con otras personas fuera de Mount Sinai, excepto en las situaciones que se describen a continuación. Usted también puede solicitar el traslado de sus registros a otra persona al completar un formulario de autorización por escrito. Si nos proporciona una autorización por escrito, usted puede revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos actuado con base en ella. Para revocar una autorización por escrito, escriba a:

MSBI Health Information Management (HIM)

Petrie Campus- First Avenue at 16th Street, NY, NY 10003

Phillips Ambulatory Care Center -10 Union Square East, NY, NY 10003

Beth Israel Brooklyn — 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234

MSH HIM - One Gustave L. Levy Place, NY, NY 10029, Box 1111

MSQ HIM - 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202

MSRH HIM 1000 Tenth Avenue, NY, NY 10019 MSSL HIM 1111 Amsterdam Avenue, NY, NY 10025

NYEE at MS HIM — 310 East 14th Street, NY, NY 10003

ISMDFP Administration — One Gustave L. Levy Place, Box 1061, NY, NY 10029

PHYSICIAN PRACTICES — Consulte el Anexo E

Una autorización verbal es suficiente para revelar la prueba de inmunización a una escuela en la que la ley estatal requiere dicha información para admitir al alumno.

Protecciones especiales para la información genética, sobre salud mental, abuso de alcohol y sustancias, y VIH. Existen protecciones de privacidad especiales que se aplican para la información relacionada con el VIH, la información sobre el tratamiento por el abuso del alcohol y sustancias, la información sobre la salud mental y la información genética. Algunas partes de este Aviso podrían no aplicarse a estos tipos de información. Los avisos que explican cómo protegerá Mount Sinai estas categorías de información se encuentran en los Anexos A a D.



SUS DERECHOS A TENER ACCESO Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

El derecho a inspeccionar u obtener copias de su registro

Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia ya sea en formato electrónico o en papel de cualquier PHI que se pueda usar para tomar decisiones acerca de usted o de su tratamiento mientras mantengamos esta información en nuestros registros. Produciremos los registros en el formato electrónico específico que usted solicite, si es factible hacerlo. Esto incluye los registros médicos y de facturación. Para inspeccionar u obtener una copia de su PHI, envíe su solicitud por escrito a:

MSBI Health Information Management (HIM)

Petrie Campus- First Avenue at 16th Street, NY, NY 10003

Phillips Ambulatory Care Center -10 Union Square East, NY, NY 10003

Beth Israel Brooklyn — 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234

MSH HIM - One Gustave L. Levy Place, Box 1111 NY, NY 10029

MSQ HIM - 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202

MSRH HIM 1000 Tenth Avenue, NY, NY 10019 MSSL HIM 1111 Amsterdam Avenue, NY, NY 10025

NYEE at MS HIM — 310 East 14th Street, NY, NY 10003

ISMDFP Administration — One Gustave L. Levy Place, Box 1061, NY, NY, 10029

PHYSICIAN PRACTICES — Consulte el Anexo E

Si solicita una copia de la información, podríamos cobrarle una tarifa, tal y como lo permite la ley, por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros que usemos para cumplir su solicitud. Por lo general, la tarifa se debe pagar antes o en el momento en que le entreguemos las copias.

Responderemos a su solicitud de inspeccionar los registros en un plazo de 10 días. Normalmente, respondemos a las solicitudes de copias en un plazo de 30 días si la información se ubica en el lugar y en un plazo de 60 días si está almacenada fuera del lugar. Si requerimos de tiempo adicional para responder a una solicitud de copias, se lo notificaremos por escrito dentro del plazo antes mencionado para explicarle la causa del retraso y cuándo puede esperar tener una respuesta final a su solicitud.

En ciertas circunstancias muy limitadas, podríamos negarle la solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información. De hacerlo, le proporcionaremos un resumen de la información en su lugar. También le proporcionaremos una declaración por escrito que explique las causas por las que le proporcionamos solo un resumen y una descripción completa de su derecho a que se revise esa decisión. El aviso también incluirá información acerca de cómo presentar una queja sobre estos asuntos a Mount Sinai o ante el secretario de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Si existe alguna razón para negar solo parte de su solicitud, le proporcionaremos acceso completo a las partes restantes.

El derecho a modificar los registros

Si usted considera que la PHI que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se modifique la información. Usted tiene el derecho de solicitar una modificación mientras la información esté en nuestros registros. Si desea modificar su PHI, pida un formulario de solicitud de modificación al contacto relevante:



Mount Sinai Beth Israel (MSBI), Mount Sinai Beth Israel Brooklyn (MSBIB), Mount Sinai St. Luke's (MSSL), Hospital de Rehabilitación de Mount Sinai (Mount Sinai Rehabilitation Hospital, MSRH), Hospital para ojos y oídos en Nueva York en Mount Sinai (New York Eye and Ear Infirmary at Mount Sinai, NYEE at MS), Mount Sinai Hospital (MSH), Consultorios de Médicos Docentes de la Escuela de Medicina (Icahn School of Medicine Doctors Faculty Practice, ISMDFP) y Consultorios médicos fuera del lugar: Mount Sinai Privacy Office, One Gustave L. Levy PI, Box 1016, NY, NY 10029
Gestión de la información médica de Mount Sinai Queens (Mount Sinai Queens Health Information Management, MSQ HIM): 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202

Su solicitud deberá incluir las razones por las que cree que debemos hacer la modificación. Normalmente responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días. Si requerimos de tiempo adicional para responder, se lo notificaremos por escrito en un plazo de 60 días para explicarle la causa del retraso y cuándo puede esperar tener una respuesta a su solicitud.

Si negamos su solicitud parcial o totalmente, le proporcionaremos un aviso por escrito que explique nuestras razones. Usted tendrá el derecho de tener cierta información relacionada con su modificación solicitada incluida en sus registros. Por ejemplo, si no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá la oportunidad de presentar una declaración que explique su desacuerdo, la cual incluiremos en sus registros. También incluiremos información sobre cómo presentar una queja con nosotros o con la OCR. Estos procedimientos se explicarán con mayor detalle en cualquier aviso de denegación por escrito que le enviemos.

Derecho a un informe de divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones", el cual es una lista con la información acerca de cómo su PHI se ha divulgado a otros fuera de Mount Sinai (excepto a través del Intercambio de información médica [Health Information Exchange, HIE] de Mount Sinai [consulte la pág. 6 a continuación]). La lista del informe no incluirá:

- Divulgaciones hechas a usted o su representante personal;
- Divulgaciones hechas de conformidad con su autorización por escrito;
- Divulgaciones hechas para operaciones comerciales, de pago o tratamiento;
- Divulgaciones hechas del directorio de pacientes;
- Divulgaciones hechas a sus amigos o familiares que participan en su atención médica o en el pago de su atención;
- Divulgaciones que fueron incidentales a usos y divulgaciones permitidas de su PHI (por ejemplo, cuando una persona que va pasando escucha la información);
- Divulgaciones hechas para fines de investigación, salud pública o de nuestras operaciones comerciales de porciones limitadas de su información médica que no lo identifican directamente;
- Divulgaciones hechas a funcionarios federales por actividades relacionadas con inteligencia y seguridad nacional;
- Divulgaciones sobre los presos hechas a instituciones correccionales o agentes de policía;
- Divulgaciones hechas antes del 1.º de septiembre de 2007.

Para solicitar esta lista, escriba a:

***Mount Sinai Privacy Office One
Gustave L. Levy Place, Box 1016
New York, NY 10029***



Su solicitud debe establecer un periodo dentro de los últimos seis años para las divulgaciones que desea que incluyamos. Por ejemplo, puede solicitar una lista de las divulgaciones que hicimos entre el 1.º de enero de 2008 y el 1.º de enero de 2009. Tiene derecho a recibir una lista dentro de cada periodo de 12 meses sin costo. Sin embargo, podemos cobrarle por el costo de cualquier lista adicional en el mismo periodo de 12 meses. Siempre le notificaremos sobre cualquier cargo involucrado, con el fin de que pueda escoger retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en algún costo.

Normalmente responderemos a su solicitud de recibir un informe dentro de un plazo de 60 días. Si necesitamos más tiempo para preparar la lista del informe que ha solicitado, le notificaremos por escrito la razón del retraso y la fecha en la que puede esperar recibir la lista del informe. En raros casos, podríamos retrasarnos en proporcionarle la lista del informe sin notificarle debido a que un funcionario del orden público o una agencia de gobierno nos ha dado instrucciones para hacerlo.

Derecho a solicitar protección adicional de privacidad

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más el modo en el que usamos y divulgamos su PHI para tratar su padecimiento, recolectar el pago por ese tratamiento o para realizar nuestras operaciones comerciales. También puede solicitar que limitemos la forma en que divulgamos la información acerca de su tratamiento. Para solicitar restricciones, escriba a:

Mount Sinai Privacy Office, One Gustave L. Levy Pl, Box 1016, NY, NY 10029

Su solicitud deberá incluir (1) qué información quiere limitar; (2) si desea que limitemos cómo usamos la información, cómo la compartimos con terceros o ambas; y (3) a quién desea que se apliquen los límites.

No siempre tenemos que estar de acuerdo con su solicitud de restricción, y en algunos casos la restricción que usted solicita quizá no esté permitida por la ley; pero si estamos de acuerdo, quedaremos obligados por nuestro acuerdo a menos que se necesite la información para brindarle un tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley. Sin embargo, es necesario que respetemos su solicitud si nos da instrucciones de no compartir PHI específica con su compañía de seguros en relación con un servicio que usted piensa pagar y que paga personalmente. Sin embargo, es su responsabilidad informar a otros proveedores que pueden recibir copias de su registro en Mount Sinai y que no pueden compartir esta información con su aseguradora.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos por medios alternativos o en una ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted en su casa en lugar del trabajo. Para solicitar una comunicación más confidencial, escriba a:

Mount Sinai Privacy Office—One Gustave L. Levy Place, Box 1016, NY, NY 10029

No le preguntaremos la razón de su solicitud, y trataremos de admitir todas las solicitudes razonables. Especifique en su solicitud cómo o dónde desea ser contactado.

Notificación de otras divulgaciones:

Se le notificará dentro de un plazo de 60 días si su PHI ha sido divulgada o si una persona sin autorización para recibir la información ha tenido acceso, a menos que determinemos que hay muy poca probabilidad de que la PHI esté en riesgo.

Cómo presentar una queja. Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante la Oficina de Privacidad de Mount Sinai o con la OCR. Para presentar una queja póngase en contacto con: ***Mount Sinai Privacy Office - One Gustave L. Levy Place, Box 1016, NY, NY 10029 Department of Health and Human Services/OCR: www.hhs.gov/ocr/hipaa***

Bajo ninguna circunstancia se le sancionará o estará sujeto a represalias por presentar una queja.



CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Tratamiento. Podemos compartir su PHI con los proveedores de atención médica en Mount Sinai que lo atienden y ellos, a su vez, pueden usar la información para diagnosticarlo o tratarlo. También podemos poner su PHI a disposición de los proveedores que lo atienden fuera de Mount Sinai haciéndola accesible a través de un intercambio de información médica (HIE), una red electrónica que hace posible el intercambio de información por vía electrónica, pero no dejaremos que nadie tenga acceso a ella a través del HIE sin su consentimiento, excepto en caso de emergencia (a menos que nos haya dado instrucciones de lo contrario). Esto significa que si su médico privado, que no pertenece a Mount Sinai, usa un HIE que opera o del que es parte Mount Sinai, podrá tener acceso a su PHI generada en el curso de cualquier atención como paciente hospitalizado o ambulatorio de Mount Sinai. Además, alguna información sobre su cuidado en Mount Sinai puede enviarse automáticamente a la persona que usted nombre como su proveedor de atención primaria y al médico que lo remitió a Mount Sinai. Si su médico privado pertenece al personal de Mount Sinai y usa el registro de salud electrónico (Electronic Health Record, EHR) de Mount Sinai en su consultorio, cualquier persona que lo atienda en Mount Sinai también podrá tener acceso directo al registro médico de su médico privado.

La PHI que se comparte a través del HIE puede incluir, además de su información demográfica y clínica, la información médica especialmente protegida que se describe en el Anexo A (información relacionada con el VIH), el Anexo B (información sobre el tratamiento contra el abuso del alcohol y de sustancias), el Anexo C (información sobre salud mental) y el Anexo D (información genética) de este Aviso. El objetivo de este uso y divulgación a otros proveedores que no forman parte de Mount Sinai es garantizar que tengan la información más actual y completa sobre el cuidado que usted recibió en Mount Sinai. Si usted participó en Mount Sinai Cares, que es la Organización de Cuidado Responsable de Mount Sinai, o en alguno de los Hogares de Salud de Mount Sinai, el personal de esas entidades tendrá acceso a su PHI, con su consentimiento, para ayudar a coordinar su atención.

Pago. Podemos usar su PHI o compartirla con otros para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con su compañía de seguro médico para obtener un reembolso después de haberlo tratado, o para determinar si cubrirá su tratamiento. Puede darnos instrucciones de no compartir PHI específica con su compañía de seguros en relación con un servicio que usted piensa pagar y que paga personalmente. Sin embargo, es su responsabilidad informar a otros proveedores que pueden recibir copias de su registro en Mount Sinai y que no pueden compartir esta información con su aseguradora. Probablemente también necesitemos informar a su compañía de seguro médico sobre su estado de salud para obtener una aprobación previa para su tratamiento, como admitirlo en el hospital para un tipo particular de cirugía. Finalmente, podemos compartir su PHI con otros proveedores de atención médica, pagadores y sus socios comerciales para sus actividades de pago, excepto según se describe en la página 5.

Operaciones comerciales. Podemos usar su PHI o compartirla con terceros para realizar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar el desempeño de nuestro personal que le está dando atención, para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que le brindan o para llevar a cabo programas de capacitación para estudiantes, becarios y otros profesionales de la atención médica. Finalmente, podemos compartir su PHI con otros proveedores de atención médica y pagadores para ciertas operaciones comerciales, si la información se refiere a una relación que el proveedor o pagador tiene actualmente o tuvo previamente con usted, y si el proveedor o pagador está obligado a proteger la privacidad de su PHI.



Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios. Mientras se le brinda tratamiento, podemos usar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o servicios en nuestra instalación. También podemos usar su PHI con el fin de recomendarle posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. Si se nos paga para enviarle información sobre su tratamiento, se lo diremos y tendrá el derecho de no recibir esos mensajes.

Recaudación de fondos. Para apoyar nuestras operaciones comerciales podemos usar información demográfica sobre usted, incluida la información sobre su edad, fecha de nacimiento y género, el lugar donde vive o trabaja, el tipo de seguro con el que cuenta, e información clínica limitada, incluidas las fechas en las que recibió el tratamiento, el departamento y el médico que le prestaron servicios e información de los resultados, para poder comunicarnos con usted para recaudar fondos que nos ayuden a mejorar nuestras instalaciones y programas. No venderemos su PHI sin su autorización. En cualquier momento, usted puede optar por rechazar la recepción de cualquier comunicación sobre la recaudación de fondos enviándonos un correo electrónico a

philanthropyoptout@mountsinai.org, llamándonos al 212-659-8500 o escribiendo a

Mount Sinai Office Development Office, One Gustave L. Levy Place, Box 1049, New York, N.Y. 10029-6574.

Socios comerciales (Business Associates, BA). Podemos divulgar la cantidad mínima de su PHI necesaria a los contratistas, representantes y otros socios comerciales que necesiten la información con el fin de ayudarnos a obtener el pago o a realizar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con una compañía de facturación que nos ayude a obtener el pago por parte de su compañía de seguros o con una compañía aseguradora, despacho contable, bufete de abogados u organización de gestión de riesgos, con el fin de obtener su consejo sobre nuestras operaciones. Si divulgamos su PHI a un BA, tendremos un contrato escrito con ellos que obliga al BA y a cualquiera de sus subcontratistas a proteger la privacidad de su PHI. La ley federal requiere de manera independiente que tanto ellos como sus subcontratistas protejan su información.

Directorio de pacientes hospitalizados. Si no tiene objeción, incluiremos su nombre, su ubicación en nuestra instalación, su estado general (*por ejemplo*, bueno, estable, crítico, etc.) y su filiación religiosa en nuestro Directorio de pacientes mientras usted sea un paciente de cirugía hospitalizado o ambulatorio en cualquier instalación de Mount Sinai. La información en este directorio, excepto en lo que concierne a la filiación religiosa, se puede proporcionar a personas que pregunten por usted por su nombre. Si no tiene objeción, su filiación religiosa se puede proporcionar a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, incluso si este no pregunta por usted por su nombre. Si desea optar por rechazar o restringir el acceso a cualquier información, háganoslo saber cuando se registre para los servicios de cirugía hospitalizada o ambulatoria en alguna instalación de Mount Sinai.

Familia y amigos que participan en su cuidado. Si no tiene objeción, podemos compartir su PHI con un miembro de su familia, pariente o amigo personal cercano que participe en su cuidado o en el pago de dicho cuidado. En algunos casos podríamos tener que compartir su PHI con una organización de auxilio en caso de desastres que nos ayude a dar aviso a estas personas.

Según lo exija la ley. Podemos usar o divulgar su PHI si la ley así lo exige. También le notificaremos sobre estos usos y divulgaciones si la ley exige dar aviso.

Actividades de salud pública. Podemos divulgar su PHI a funcionarios autorizados de salud pública (o a una agencia de un gobierno extranjero que colabore con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con funcionarios del gobierno responsables del control de enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su PHI a una persona que haya podido estar expuesta a una enfermedad contagiosa o que esté en riesgo de contraer o propagar la enfermedad, si la ley nos permite hacerlo. Y finalmente, se nos exige divulgar alguna PHI sobre usted a su empleador si este nos contrata para proporcionarle a usted un examen físico, y si descubrimos que usted tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo de la que su empleador deba saber con el fin de cumplir con las leyes laborales.



Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública que esté autorizada para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podemos reportar su PHI a funcionarios del gobierno si creemos razonablemente que usted ha sido víctima de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos todos los esfuerzos para obtener su permiso antes de divulgar esta información, pero en algunos casos quizá estemos obligados o autorizados para actuar sin su consentimiento.

Actividades de supervisión y salud. Podemos divulgar su PHI a agencias de gobierno que realicen auditorías, investigaciones e inspecciones en nuestra instalación. Estas agencias de gobierno supervisan los programas de beneficios del gobierno como Medicare y Medicaid, así como el cumplimiento con los programas regulatorios del gobierno y las leyes de derechos civiles. Debemos divulgar datos colectivos (información resumida que no identifica a ningún paciente específico) a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) federales para demostrar que cumplimos con las regulaciones de *Uso significativo (Meaningful Use)* al usar EHR para mejorar la calidad de la atención, para mejorar la salud general de la población y aumentar la eficiencia.

Supervisión, reparación y retiro de productos. Podemos divulgar su PHI a una persona o compañía que está regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos con el propósito de: (1) reportar o dar seguimiento a defectos o problemas en algún producto; (2) reparar, reemplazar o retirar los productos defectuosos o peligrosos o (3) supervisar el desempeño de un producto después de que ha sido aprobado para que el público en general lo use.

Demandas y disputas. Podemos divulgar su PHI si un tribunal o un tribunal administrativo que maneje una demanda o disputa nos exige hacerlo.

Aplicación de la ley. Podemos divulgar su PHI a los funcionarios del orden público por las siguientes razones:

- Para cumplir con órdenes judiciales o con las leyes que debemos seguir;
- para ayudar a los funcionarios del orden público en identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- si ha sido víctima de un delito y determinamos que: (1) no podemos obtener su acuerdo por razones de emergencia o su incapacidad; (2) funcionarios del orden público necesitan esta información inmediatamente para realizar sus deberes de aplicación de la ley; y (3) a nuestro juicio profesional, la divulgación a estos oficiales se hace porque es lo más conveniente para usted;
- si sospechamos que una muerte fue resultado de conducta delictiva;
- si es necesario para reportar un delito que ocurrió en nuestra propiedad; o
- si es necesario para reportar un delito descubierto durante una urgencia médica fuera de las instalaciones (por ejemplo, por técnicos de urgencias médicas en la escena del crimen).

Para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad. Podemos usar su PHI o compartirla con terceros cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria e inminente contra su salud o seguridad, o contra la salud o la seguridad de otra persona o del público. También podemos divulgar su PHI a funcionarios del orden público u otros si usted nos dice que participó en un delito violento que pueda haber ocasionado un daño físico grave a otra persona, si determinamos que usted escapó de la custodia legal (como una cárcel) o si se fugó de una institución de salud mental.



Seguridad nacional y actividades de inteligencia o servicios de protección. Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados que estén realizando actividades de seguridad nacional e inteligencia o que brinden servicios de protección al Presidente o a otros funcionarios importantes.

Militares y veteranos. Si usted está en las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI a las autoridades de mando militar adecuadas para actividades que consideren necesarias para realizar su misión militar. También podemos divulgar la PHI sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Presos e instituciones correccionales. Si usted está preso o si lo detiene un oficial del orden público, podemos divulgar su PHI a los funcionarios de la prisión o del orden público si es necesario, con el fin de brindarle atención médica o para mantener la seguridad, la protección y el orden en el lugar en el que está confinado. Esto incluye compartir la información que sea necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros prisioneros o de personas implicadas en la supervisión o el transporte de los presos.

Compensación de los trabajadores. Podemos divulgar su PHI a programas de compensación de los trabajadores o similares que ofrecen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos usar su PHI para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte, o divulgar la PHI a un médico forense o examinador médico para dichos fines. También podemos divulgar PHI a directores de funerarias según sea necesario para que realicen sus tareas.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donador potencial de órganos, podemos usar o divulgar su PHI a otros organismos que consiguen o almacenan órganos, ojos u otros tejidos con el fin de investigar si es posible una donación o un trasplante.

Investigación. En la mayoría de los casos le pediremos una autorización por escrito antes de usar su PHI o de compartirla con terceros para llevar a cabo investigaciones. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización escrita si la Junta de Revisión Institucional de la ISM, según criterios específicos, determina que un protocolo particular de investigación representa un riesgo mínimo a su privacidad. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores usen su nombre o identidad de manera pública sin su autorización. También podemos divulgar su PHI sin su autorización escrita a personas que preparen un proyecto de investigación futuro, siempre y cuando cualquier información que lo identifique no salga de nuestras instalaciones. Podemos compartir PHI con gente que realiza una investigación y que usa información sobre personas fallecidas hace menos de 50 años, siempre y cuando acuerden no sacar de nuestras instalaciones ninguna información que identifique a la persona fallecida.

Información completa o parcialmente no identificable.

Podemos usar o divulgar su información médica si hemos eliminado cualquier dato que pueda identificarlo, con el fin de que la información médica sea "completamente no identificable". También podemos usar o divulgar su información médica "parcialmente no identificable" para investigación, salud pública y operaciones específicas de atención médica si la persona que va a recibir la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información. La información médica parcialmente no identificable excluirá todos los identificadores directos, pero puede incluir el código postal y las fechas de nacimiento, admisión y alta.

Divulgaciones casuales

Si bien tomaremos medidas razonables para proteger la privacidad de su PHI, pueden ocurrir algunas divulgaciones de su PHI durante o como resultado inevitable del uso y la divulgación de su PHI que tenemos permitido de otro modo. Por ejemplo, durante el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento pueden ver o escuchar una plática sobre su PHI.



Anexo A

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH

Vigente a partir de septiembre de 2013

La privacidad y confidencialidad de la información relacionada con el VIH mantenida por Mount Sinai está protegida por la legislación y las regulaciones federales y estatales. Estas protecciones van más allá de las protecciones que se describen en el Aviso general de prácticas de privacidad de Mount Sinai (el Aviso). Si tiene preguntas sobre este Aviso o desea obtener más información, comuníquese a la **Oficina de Privacidad de Mount Sinai al 212-241-4669.**

Le recomendamos que también dedique tiempo a revisar el Aviso de Mount Sinai para obtener información sobre cómo puede Mount Sinai usar y divulgar generalmente su información médica protegida (PHI). Si existe conflicto entre el Aviso y este Anexo, se aplicarán las protecciones que se describen en el Anexo.

La información confidencial relacionada con el VIH es cualquier información que indique que usted se ha sometido a una prueba relacionada con el VIH (incluso si la prueba es negativa), tiene una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o tiene una infección relacionada con el VIH, así como cualquier información que pueda identificarlo razonablemente como una persona que se ha realizado una prueba o que está infectado con VIH.

Conforme a la legislación del estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH se puede brindar únicamente a personas autorizadas por la ley, o personas a las que usted autorizó al firmar un formulario de autorización por escrito. La divulgación estará acompañada por una declaración que establece que la información relacionada con el VIH no se puede volver a divulgar.

La información confidencial relacionada con el VIH sobre su persona podría ser utilizada por el personal de Mount Sinai que necesite la información para proporcionarle un cuidado o un tratamiento directo, para procesar los registros de facturación o reembolso, o para monitorear o evaluar la calidad del cuidado proporcionado en el hospital. (Vea las páginas 6-7 del Aviso). Generalmente Mount Sinai no revelará a personas externas la información confidencial relacionada con el VIH que obtiene de su tratamiento, *a menos que*:

- Mount Sinai obtenga su autorización por escrito; tenga en cuenta que si proporciona su autorización por escrito para participar en un intercambio de información médica (HIE), todos sus registros estarán disponibles, incluida la información relacionada con el VIH. Si no está de acuerdo con dicha divulgación, no debe aceptar participar en un HIE.
- La divulgación se haga a una persona autorizada a tomar decisiones de atención médica en su nombre y esa persona necesita la información divulgada para tomar sus decisiones.
- La divulgación se haga a otro proveedor de atención médica o a la persona que paga el tratamiento o para propósitos de pago.
- La divulgación se haga a un proveedor de atención médica de un miembro del personal, empleado o voluntario que fue expuesto a usted mientras realizaba su trabajo o actividad profesional bajo circunstancias que presentan un riesgo de transmisión de VIH.
- La divulgación se haga a un tercero de la institución que necesita la información para proporcionarle cuidado o tratamiento directo, a un socio comercial que la necesita para asistirnos en la obtención del pago o para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales o para monitorear o evaluar la calidad de la atención proporcionada en Mount Sinai. En dichos casos, Mount Sinai realizará un acuerdo con el tercero para garantizar que su información confidencial relacionada con el VIH esté protegida tal como lo solicitan la legislación y las regulaciones federales y estatales de confidencialidad, y no se requiere una declaración en la que se prohíban las nuevas divulgaciones.
- La divulgación sea solicitada por la ley o por una orden judicial.
- La divulgación se haga a una organización que procure trasplantes de órganos.



- Usted reciba servicios conforme a un programa monitoreado o supervisado por una agencia del gobierno federal, estatal o local y la divulgación se haga a dicha agencia gubernamental u otro empleado o representante de la agencia cuando sea razonablemente necesario para la supervisión, el monitoreo, la administración o la provisión de los servicios del programa.
- La ley federal o estatal solicite que Mount Sinai haga la divulgación a un funcionario de salud.
- La divulgación sea solicitada para propósitos de salud pública.
- Usted sea un preso de una correccional y la divulgación de la información confidencial relacionada con el VIH para el director médico de dicha instalación sea necesaria para que el director lleve a cabo sus funciones.
- El paciente fallezca y la divulgación se haga al director de la funeraria encargado de los restos del fallecido y que tenga acceso, en el desarrollo normal de su actividad comercial, a la información confidencial relacionada con el VIH en el certificado de defunción de la persona fallecida.
- La divulgación se haga para informar sobre abuso o negligencia de menores a las autoridades locales o estatales correspondientes.

La violación de estas regulaciones de privacidad puede someter a la institución a sanciones civiles o penales. Las presuntas violaciones se pueden denunciar a las autoridades adecuadas de acuerdo con la legislación federal y estatal. Para presentar una reclamación, envíe por correo el formulario DOH-2865 completo (Informe de reclamación por presunta violación del Artículo 27-F), que está disponible en el sitio web del Departamento de Salud (Department of Health, DOH) (<http://www.health.ny.gov>), a:

NYS Department of Health/AIDS Institute/Special Investigation Unit
5 Penn Plaza
New York, New York 10001

Consulte el Aviso completo de Mount Sinai para obtener información adicional.

Anexo B

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS Y ALCOHOL

Vigente a partir de septiembre de 2013

La confidencialidad de los registros sobre tratamientos por abuso de sustancias y alcohol mantenidos por Mount Sinai están protegidos por la legislación y las regulaciones federales y estatales. Estas protecciones van más allá de las protecciones que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad de Mount Sinai (el Aviso). *Si tiene preguntas sobre este Aviso o desea obtener más información, comuníquese a la*

Oficina de Privacidad de Mount Sinai al 212-241-4669.

Le recomendamos que también dedique tiempo a revisar el Aviso de Mount Sinai para obtener información sobre cómo puede Mount Sinai usar y divulgar generalmente su información médica protegida (PHI). El Aviso de Mount Sinai proporciona información sobre cómo puede obtener acceso a su PHI, incluidos los registros de tratamientos por abuso de sustancias y alcohol. Si existe conflicto entre el Aviso y este Anexo, las protecciones que se describen en este anexo se aplicarán en lugar de las protecciones descritas en el Aviso.

Los registros de tratamientos por abuso de sustancias y alcohol incluyen cualquier información que lo identifique por haber sido diagnosticado con, tratado por o referido para recibir tratamiento por abuso de alcohol, abuso de sustancias o adicción a sustancias químicas.

El personal de Mount Sinai puede usar su información que esté relacionada con sus tareas para proporcionarle diagnóstico, tratamiento o referencia para recibir tratamiento por abuso de sustancias o alcohol. (Vea la página 6 del Aviso). Dicho uso se limitará a la cantidad mínima de información necesaria para llevar a cabo sus tareas. Generalmente, Mount Sinai no revelará a una persona externa a Mount Sinai ninguna información que pudiera identificarlo a usted como una persona en tratamiento por abuso de sustancias o alcohol, *a menos que:*



- Mount Sinai obtenga su autorización por escrito; tenga en cuenta que si proporciona su autorización por escrito para participar en un intercambio de información médica (HIE), todos sus registros estarán disponibles, incluida la información relacionada con el abuso de sustancias y alcohol. Si no está de acuerdo con dicha divulgación, no debe aceptar participar en un HIE.
- La divulgación esté autorizada por una orden judicial y esté permitida conforme a la legislación y las regulaciones estatales y federales.
- La divulgación se haga al personal médico en una emergencia médica.
- La divulgación se haga a investigadores calificados sin su autorización por escrito cuando dicha investigación suponga un riesgo mínimo para su privacidad. Cuando sea requerido por la ley, obtendremos un acuerdo del investigador para proteger la privacidad y confidencialidad de su información.
- La divulgación se haga a una organización de servicio calificado que realiza determinados servicios de tratamiento (como análisis de laboratorio) o para un socio comercial (BA) que la necesita para asistirnos con la obtención de un pago o con la realización de nuestras operaciones comerciales. Mount Sinai obtendrá el acuerdo de la organización de servicio calificado o del BA por escrito para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, de acuerdo con la legislación federal y estatal.
- La divulgación se haga a una agencia gubernamental u otro personal no gubernamental calificado para realizar una auditoría o evaluación de Mount Sinai. Mount Sinai obtendrá un acuerdo por escrito de cualquier personal no gubernamental para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, de acuerdo con la legislación federal y estatal.
- La divulgación se haga para informar un delito cometido por un paciente de Mount Sinai o en contra de cualquier persona que trabaje para Mount Sinai o sobre cualquier amenaza de cometer tal delito.
- La divulgación se haga a forenses y examinadores médicos para determinar la causa de muerte.
- La divulgación se haga para informar sobre abuso o negligencia de menores a las autoridades locales o estatales correspondientes, según lo exija la ley.

La violación de estas regulaciones de privacidad es un delito. Las presuntas violaciones se pueden denunciar a las autoridades adecuadas de acuerdo con la legislación federal y estatal.

Consulte el Aviso completo de Mount Sinai para obtener información adicional.

Anexo C

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL Y LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA

Vigente a partir de septiembre de 2013

La privacidad y confidencialidad de la información de salud mental y las notas de psicoterapia mantenidas por Mount Sinai están protegidas por la legislación y las regulaciones federales y estatales. Estas protecciones van más allá de las protecciones que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad de Mount Sinai (el Aviso).

Si tiene preguntas sobre este Aviso o desea obtener más información, comuníquese a la

Oficina de Privacidad de Mount Sinai al 212-241-4669.

Le recomendamos que también dedique tiempo a revisar el Aviso de Mount Sinai para obtener información sobre cómo puede Mount Sinai usar y divulgar generalmente su información médica protegida (PHI). El Aviso también proporciona información sobre cómo puede obtener acceso a su PHI, incluida la información de salud mental. Si existe conflicto entre el Aviso y este Anexo, las protecciones que se describen en este anexo se aplicarán en lugar de las protecciones descritas en el Aviso.



CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

El personal de Mount Sinai puede usar su información de salud mental que esté relacionada con sus tareas para proporcionarle tratamiento, obtener el pago por ese tratamiento o realizar operaciones comerciales de Mount Sinai. (Vea las páginas 6-7 del Aviso). Por lo general, Mount Sinai no puede revelar su información de salud mental a otras personas externas a Mount Sinai, *excepto en las siguientes situaciones:*

- Mount Sinai obtiene su autorización por escrito; tenga en cuenta que si proporciona su autorización por escrito para participar en un intercambio de información médica (HIE), todos sus registros estarán disponibles, incluida la información relacionada con la salud mental. Si no está de acuerdo con dicha divulgación, no debe aceptar participar en un HIE.
- A un representante personal que está autorizado a tomar decisiones de atención médica en su nombre.
- A agencias gubernamentales o compañías de seguro privadas para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos.
- A una organización de servicio calificado que realiza determinados servicios de tratamiento (como análisis de laboratorio) o a un socio comercial (BA) que la necesita para ayudarnos a obtener el pago o realizar nuestras operaciones comerciales. Mount Sinai obtendrá el acuerdo de la organización de servicio calificado o del BA por escrito para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, de acuerdo con la legislación federal y estatal.
- Para cumplir con una orden judicial.
- A personas adecuadas que pueden evitar una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de usted o de otra persona.
- A autoridades gubernamentales adecuadas para ubicar a una persona desaparecida o realizar una investigación criminal según lo permitan las leyes de confidencialidad federales y estatales.
- A otros servicios de emergencia hospitalarios con licencia según lo permitan las leyes de confidencialidad federales y estatales.
- Al servicio legal de higiene mental proporcionado por el estado de Nueva York.
- A abogados que representan a los pacientes en un procedimiento de hospitalización involuntario.
- A funcionarios gubernamentales autorizados con el fin de monitorear o evaluar la calidad de la atención proporcionada por el hospital o su personal.
- A investigadores calificados sin su autorización específica cuando dicha investigación suponga riesgo mínimo para su privacidad.
- A forenses y examinadores médicos para determinar la causa de muerte.
- Si usted es un preso de un centro penitenciario que certifique que la información es necesaria para proporcionarle atención médica, o para proteger la seguridad o la salud de usted o de otras personas en el centro penitenciario.

CONFIDENCIALIDAD DE LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA

Las notas de psicoterapia son notas de un profesional de atención médica que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de terapia privada o durante una sesión de terapia grupal, conjunta o familiar. Si estas notas se mantienen por separado del resto de sus registros médicos, solo pueden usarse y divulgarse de la siguiente forma:

En general, las notas de psicoterapia no pueden usarse ni divulgarse sin su autorización por escrito, excepto por el profesional de salud mental que las creó en las siguientes circunstancias:



- Para proporcionarle tratamiento posterior.
- A estudiantes, aprendices o practicantes de salud mental que estén aprendiendo bajo supervisión para practicar o mejorar sus habilidades en terapia grupal, conjunta, familiar o individual.
- Según sea necesario para defenderse, o a Mount Sinai, en un procedimiento legal iniciado por usted o por su representante personal.
- Según lo exija la ley.
- A las autoridades gubernamentales correspondientes, cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de usted o de otra persona.
- Al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando la agencia las solicite para investigar el cumplimiento del profesional de salud mental o de Mount Sinai con las leyes y regulaciones de privacidad y confidencialidad federales.
- A forenses y examinadores médicos, si es necesario, para determinar la causa de muerte.
- A una agencia de supervisión médica para un fin legítimo relacionado con la supervisión del profesional de salud mental.

Todos los demás usos y divulgaciones de notas de psicoterapia requieren su autorización especial por escrito. Consulte el Aviso completo de Mount Sinai para obtener información adicional.

Anexo D

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN GENÉTICA

Vigente a partir de septiembre de 2013

La privacidad y confidencialidad de la información genética mantenida por Mount Sinai está protegida por la legislación estatal y las regulaciones federales. Información genética significa, con respecto a un individuo: (i) las pruebas genéticas del individuo; (ii) las pruebas genéticas de los miembros de la familia del individuo; (iii) la manifestación de una enfermedad o trastorno en familiares de dicho individuo; o (iv) cualquier solicitud o recepción de servicios genéticos, o participación en una investigación clínica que incluya servicios genéticos, por parte del individuo o de cualquier familiar del individuo. Estas protecciones van más allá de las protecciones que se describen en el Aviso general de prácticas de privacidad de Mount Sinai (el Aviso). *Si tiene preguntas sobre este Aviso o desea obtener más información, comuníquese a la **Oficina de Privacidad de Mount Sinai al 212-241-4669.***

Le recomendamos que también dedique tiempo a revisar el Aviso de Mount Sinai para obtener información sobre cómo puede Mount Sinai usar y divulgar su información médica protegida (PHI). El Aviso de Mount Sinai también proporciona información sobre cómo puede obtener acceso a su PHI, incluida la información genética confidencial.

Conforme a la legislación del Estado de Nueva York (New York State, NYS), se aplican restricciones especiales a (1) pruebas genéticas de muestras biológicas humanas y (2) la divulgación de información derivada de pruebas genéticas a cualquier persona u organización. Prueba genética significa cualquier prueba de laboratorio de ADN, cromosomas, genes o productos de genes para detectar una variación genética vinculada a una predisposición a una enfermedad genética. No incluye información relacionada con una enfermedad manifiesta (una enfermedad que se puede diagnosticar principalmente con base en síntomas) o información obtenida al confirmar una enfermedad con pruebas genéticas. Mount Sinai no realizará una prueba genética a una muestra biológica que se le tome a menos que Mount Sinai obtenga su consentimiento informado por escrito conforme a la legislación del NYS. Con su consentimiento informado, Mount Sinai puede usar los resultados de su prueba genética para



tratamiento, pago y operaciones de atención médica (Vea las páginas 6-7 del Aviso). Cualquier otro uso o divulgación de los resultados de su prueba genética generalmente requieren su autorización por escrito. Esta autorización es independiente y no puede combinarse con el consentimiento informado. No se requiere autorización si:

- La divulgación se hace a una persona que está autorizada a tomar decisiones de atención médica en su nombre y esa persona necesita la información divulgada para tomar sus decisiones.
- La divulgación se hace a una organización de servicio calificado que realiza determinados servicios de tratamiento (como análisis de laboratorio) o a un socio comercial (BA) que la necesita para ayudarnos a obtener pago o realizar nuestras operaciones comerciales. Mount Sinai obtendrá el acuerdo de la organización de servicio calificado o del BA por escrito para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, de acuerdo con la legislación federal y estatal.
- La ley o una orden judicial exige o permite la divulgación.
- La Junta de Revisión Institucional de Mount Sinai ha decidido permitir la divulgación de información obtenida sobre usted de pruebas genéticas en su tejido almacenado, o información que lo vincule con resultados de una prueba específica y usted ha firmado un formulario de Autorización para investigación o un formulario de Consentimiento para divulgar información genética conforme a la Ley de Derechos Civiles de NY §§ 79-1 (3) (a) y 79-1 (9) (d)].

Si proporciona su autorización por escrito para participar en un intercambio de información médica (HIE), todos sus registros estarán disponibles, incluida la información genética. Si no está de acuerdo con dicha divulgación, no debe aceptar participar en un HIE.

La violación de estas regulaciones de privacidad puede someter a Mount Sinai a sanciones civiles o penales. Las presuntas violaciones se pueden denunciar a las autoridades adecuadas de acuerdo con la legislación federal y estatal.

Consulte el Aviso completo de Mount Sinai para obtener información adicional.



Acerca del formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica

El formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica del Estado de Nueva York es un documento legal importante. Antes de firmar, debe comprender que:

1. Este formulario le da a la persona que elija como su representante la autoridad para tomar todas las decisiones relacionadas con la atención médica por usted, incluso la decisión de retirar o proporcionar tratamiento de soporte vital, a menos que usted indique otra cosa en este formulario. "Atención médica" se refiere a cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su afección física o mental.
2. A menos que su representante conozca razonablemente sus deseos sobre la hidratación y nutrición artificial (alimentación proporcionada por una sonda de alimentación o línea intravenosa), no podrá rechazar o aceptar esas medidas en su nombre.
3. **Nombrar un representante de atención médica es voluntario. Nadie puede exigirle que nombre uno.**
4. Su representante comenzará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.
5. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamiento que no desea y/o aquellos tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones pueden usarse para limitar el poder de toma de decisión del representante. Su representante debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones por usted.
6. Usted no necesita que un abogado complete este formulario por usted.
7. Puede elegir a cualquier adulto (mayor de 18 años), incluido un familiar o amigo cercano, para que sea su representante. Si selecciona un médico como su representante, es posible que dicha persona tenga que elegir entre actuar como su representante o como su médico tratante porque un médico no puede hacer ambas cosas al mismo tiempo. Además, si es paciente o residente de un hospital, residencia de reposo o centro de higiene mental, existen restricciones especiales sobre nombrar a alguien que trabaje para el centro como su representante. Pídale al personal del centro que le explique dichas restricciones.
8. Antes de asignar a alguien como su representante de atención médica, hable de sus deseos de atención médica y de este formulario con la persona para asegurarse de que desea actuar como su apoderado. Si acepta, asegúrese de proporcionarle una copia firmada del formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. No se puede demandar al representante de atención médica por las decisiones de atención médica que tome de buena fe.
9. Si nombra a su cónyuge como apoderado para tomar decisiones de atención médica, y luego se divorcia o separa legalmente, su excónyuge ya no será su representante, por ley. Si desea que su excónyuge siga siendo su representante, puede indicarlo en su formulario vigente y fecharlo, o llenar un formulario nuevo.
10. Usted tiene derecho a seguir tomando decisiones de atención médica por sí mismo siempre que pueda hacerlo, incluso después de firmar este formulario. No se le puede administrar, ni dejar de administrar, un tratamiento si usted se opone y su apoderado no tendrá poder legal para tomar decisiones de atención médica en su nombre.
11. Usted puede revocar la autoridad de su apoderado en cualquier momento al informarlo a su representante o proveedor de atención médica verbalmente o por escrito.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones relacionadas con la donación de órganos y tejidos en este formulario.



Instrucciones para el formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica

Punto (1)

Escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que selecciona como su representante.

Punto (2)

Si desea nombrar un representante alternativo, escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que selecciona como su representante alternativo.

Punto (3)

Su apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica será válido por tiempo indefinido, a menos que usted fije una fecha de vencimiento o condición para su vencimiento. Esta sección es opcional y debe completarse solo si desea que su apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica venza.

Punto (4)

Si tiene instrucciones especiales para su representante, escríbalas aquí. Además, si desea limitar la autoridad de su representante en cualquier forma, puede decirlo aquí o hablarlo con su representante de atención médica. Si usted no manifiesta ninguna limitación, su representante tendrá la autoridad de tomar todas las decisiones de atención médica que usted podría haber hecho, esto incluye la decisión de aceptar o rechazar un tratamiento de soporte vital.

Si quiere darle a su representante autoridad amplia, puede hacerlo en el formulario. Solo tiene que escribir lo siguiente:

Hablé de mis deseos con mi representante y mi representante alternativo de atención médica; ellos saben mis deseos, incluidos aquellos sobre la hidratación y la nutrición artificial.

Si desea dar instrucciones más específicas, puede decir lo siguiente:

Si tengo una enfermedad terminal, quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento... Si estoy en coma o tengo muy poca conciencia, y no tengo esperanzas de sobrevivir, quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento...

Si tengo daño cerebral o una enfermedad en el cerebro, no puedo reconocer a las personas o hablar, y no hay esperanza de que mi afección mejore, quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento...

Hablé con mi representante sobre mis deseos sobre _____ y quiero que mi representante tome todas las decisiones sobre estas medidas.

A continuación se mencionan algunos ejemplos de tratamientos médicos sobre los que probablemente desee darle instrucciones especiales a su representante. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- nutrición e hidratación artificial (alimentación e hidratación proporcionadas mediante un tubo de alimentación)
- reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, RCP)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia con electrochoques
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplantes
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

Punto (5)

Debe firmar y escribir la fecha en este formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. Si no puede firmarlo usted mismo, puede hacer que otra persona firme en su presencia. Asegúrese de escribir su dirección.

Punto (6)

Usted puede informar sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos en este formulario. La ley de Nueva York estipula que ciertos individuos en orden de prioridad pueden dar su consentimiento para la donación de órganos o tejidos en su nombre: su representante de atención médica, el representante del difunto, su cónyuge, si no está separado legalmente, o su pareja doméstica, un hijo o hija mayor de 18 años, cualquiera de sus padres, un hermano o hermana mayor de 18 años, un tutor designado por el tribunal antes de la muerte del donador.

Punto (7)

Dos testigos mayores de 18 años deberán firmar este formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. La persona asignada como su representante o representante alterno no puede firmar como testigo.



Resumen de la Política sobre las instrucciones anticipadas

Es nuestra política respetar las decisiones que toman los pacientes que reciben atención médica, lo cual incluye las decisiones de aceptar o rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos, y respetar las instrucciones anticipadas de los pacientes, lo cual incluye los testamentos vitales, poderes para designar a un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica y declaraciones orales, en la medida que lo permita la ley. **Contamos con copias de la Política de poder para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica, la Política de no reanimar y la Política sobre las instrucciones anticipadas escritas y orales están disponibles si las solicita.** Alentamos a cada paciente o miembro de la familia a hablar de estos asuntos con el médico tratante.

Su derecho a decidir sobre el tratamiento: los adultos en el Estado de Nueva York tienen el derecho de aceptar o rechazar tratamientos médicos, lo cual incluye los tratamientos de soporte vital. Nuestra Constitución y las leyes estatales protegen este derecho. Esto significa que usted tiene el derecho de solicitar o dar su consentimiento al tratamiento, de rechazar el tratamiento antes de que comience, y de detenerlo una vez que haya empezado.

Planear con anticipación: es posible que no pueda hablar con un médico para decidir sobre un tratamiento debido a una enfermedad o lesión inesperada. Si no planea con anticipación, los miembros de su familia u otras personas cercanas no tendrán permitido tomar decisiones por usted y seguir sus deseos. Por lo tanto, quizá quiera planear con anticipación para asegurar que se sigan sus deseos de atención médica, incluso en el caso de que no pueda decidir por sí mismo.

En el Estado de Nueva York, designar a alguien en quien pueda confiar para decidir sobre su tratamiento si usted no puede hacerlo es la mejor manera de proteger sus deseos e inquietudes sobre el tratamiento. Usted puede designar a un representante llenando el formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. Se adjunta una copia del formulario en la página 42 de esta guía y puede encontrar información importante en las páginas 8 y 9.

Si no puede o elige no designar a un apoderado de atención médica, también puede dar instrucciones anticipadas específicas sobre su tratamiento. Esas instrucciones se pueden escribir, y normalmente se les conoce como testamento en vida. ***Debe entender que las instrucciones generales sobre el rechazo de un tratamiento, aunque estén escritas, podrían no ser efectivas.*** Sus instrucciones deben cubrir con claridad las decisiones del tratamiento que se deben tomar. Por ejemplo, es posible que no sea suficiente si solo escribe que usted no quiere "acciones heroicas". Debe informar el tipo de tratamiento que no quiere, como un respirador o quimioterapia, y describir la afección médica cuando rechaza el tratamiento, como en una enfermedad terminal o si está inconsciente permanentemente sin esperanzas de recuperación. También puede dar instrucciones oralmente al hablar de sus deseos de tratamiento con su médico, miembros de la familia y otras personas cercanas a usted.

Si bien dejar sus deseos por escrito es más seguro, ningún método es tan efectivo como designar a una persona que decida por usted. En algunas ocasiones es difícil para las personas saber con anticipación qué pasará con ellos o cuáles serán sus necesidades médicas en el futuro. Si elige a alguien para tomar decisiones por usted, esa persona puede hablar con su médico y tomar decisiones que cree que usted desearía o que son lo mejor para usted, cuando sea necesario. Después de designar a su representante, también es posible dejar más instrucciones con respecto a su tratamiento en un testamento en vida, en el formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica o de alguna otra manera. Estas instrucciones pueden ayudar aún más a su representante a tomar las decisiones correctas para usted.

Decisiones sobre la reanimación cardiopulmonar: su derecho a decidir acerca de un tratamiento también incluye la oportunidad de decidir sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP). La RCP es un tratamiento de emergencia para reiniciar su corazón y pulmones cuando se detiene la respiración o la circulación.

A veces algunos médicos y pacientes deciden de antemano que no se debe proporcionar la RCP y el médico le da al personal médico una orden de no reanimar (Do not resuscitate [DNR] order). Si su afección física o mental le impide decidir acerca de la RCP, alguien que usted designe, los miembros de su familia u otras personas cercanas a usted, pueden decidir. Su proveedor de atención médica le puede dar un folleto sobre la RCP y sus derechos conforme a la ley de Nueva York.

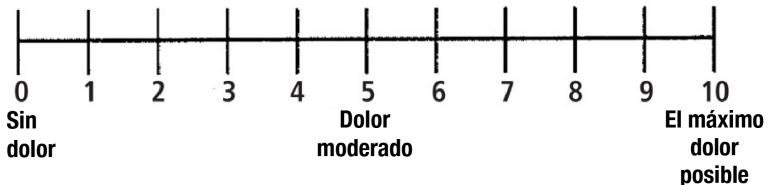
Información para el paciente sobre el manejo del dolor

Nosotros, en Mount Sinai, estamos comprometidos en reconocer y tratar su dolor mediante el uso eficaz de los medicamentos y tratamientos que le proporcionarán el mejor nivel de alivio. Sin embargo, como el paciente, usted conoce mejor su dolor y posee información valiosa respecto a su dolor para proporcionarla a nuestro personal.

Siempre avise a su médico, enfermero u otro miembro del personal cuando tenga dolor. No tenga miedo de pedir medicamento para el dolor. A muchas personas les preocupa volverse adictos, pero la adicción no es un problema en la mayoría de los casos y los medicamentos pueden y deben tomarse para aliviar el dolor. Si bien creemos que el tratamiento del dolor es un aspecto importante de la recuperación, debe hablar abiertamente con sus médicos y enfermeros si tiene alguna inquietud acerca de la adicción.

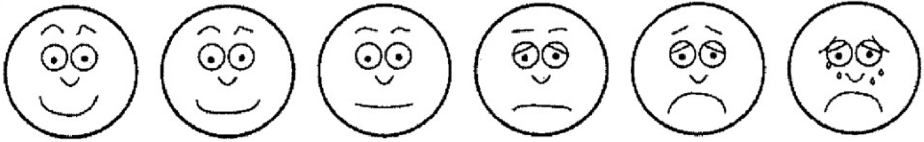
Nuestros enfermeros y médicos harán preguntas sobre la intensidad (qué tan fuerte), la ubicación y el tipo de dolor (punzadas, ardor y dolor) que puede estar experimentando. A menudo le pedimos evaluar la intensidad del dolor utilizando una escala de dolor. La escala de dolor es una herramienta de evaluación para entender su dolor y determinar la eficacia de sus medicamentos o tratamientos. La escala usa números del 0 (sin dolor) al 10 (el peor dolor posible) o imágenes de caras que muestran el incremento de la intensidad del dolor.

Escala numérica de valoración del dolor



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor Dolor moderado El máximo dolor posible

Escala de valoración del dolor de CARAS de Wong-Baker



0 2 4 6 8 10
SIN DOLOR DUELE UN POCO DUELE UN POCO MÁS DUELE AÚN MÁS DUELE MUCHO MÁS EL PEOR DOLOR

El control del dolor es importante para proporcionarle la comodidad y la fuerza para sanar y recuperarse. Sabemos que los pacientes que tienen bien controlado su dolor generalmente tienden a recuperarse mejor y más rápido. Podemos proporcionarle una variedad de opciones sobre la prevención y el manejo del dolor. Algunas de estas opciones son:



- medicamentos para el dolor administrados por vía oral (píldoras) o parches para la piel;
- medicamentos para el dolor administrados mediante inyección en un músculo;
- medicamentos para el dolor administrados por vía intravenosa;
- medicamentos para el dolor administrados por medio de PCA, una bomba de analgesia administrada por el paciente, que es una máquina que contiene medicamento para el dolor y tiene un botón que usted presiona para administrarse una dosis de medicamento para el dolor cuando lo necesita (dentro de los límites que su médico le indicó);
- anestesia local y medicamentos para la espina dorsal, donde los anestésicos locales o medicamentos para el dolor se inyectan en la espina dorsal u otras áreas para aliviar el dolor o para adormecer una parte del cuerpo durante un periodo de tiempo;
- también existen métodos que pueden ayudar a aliviar el dolor y que no involucran el uso de ningún medicamento, por ejemplo: técnicas de relajación, compresas calientes o frías, descanso, ejercicios de respiración honda, posturas correctas en la cama o en la silla y los efectos positivos de usar técnicas de distracción como la música, la televisión y tener visitas.

Sin importar cuál terapia para manejo del dolor usted use, recuerde algunos aspectos importantes:

- Avísele a sus médicos y enfermeros. Hable sobre el plan de tratamiento y asegúrese de informarles sobre sus alergias, experiencias previas con medicamentos para el dolor e historia clínica.
- Cuando le pregunten, dígame a nuestro personal qué tan intenso es su dolor y hágame saber qué lo alivia y qué lo empeora.
- Si le recetaron medicamentos para el dolor, pídalos cuando sienta que los necesita, y comprenda que es válido tomar el medicamento antes de hacer una actividad que le cause dolor.
- Pregúntele al equipo cuándo es probable que sienta alivio del dolor y háganos saber si el tratamiento no está ayudando.
- Hágame saber al personal si la terapia de manejo del dolor le produce algún efecto inesperado o inaceptable.
- Utilice el descanso, la respiración profunda y otros tratamientos sin medicamentos para ayudar a aliviar el dolor.

Su proveedor de atención médica sabe cómo evaluar y tratar su dolor. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda adicional, hable con un médico o enfermero.



Violencia doméstica aviso de los derechos de la víctima

El aviso de los derechos de la víctima fue elaborado para informarles a las víctimas de la violencia doméstica sobre sus derechos legales y las soluciones disponibles según la ley. Si usted es víctima de violencia doméstica se le recomienda que solicite hablar en privado con un trabajador social o con alguien que la pueda ayudar. Debe entrevistarse en privado, fuera de la vista y de los oídos de cualquier persona que la acompañe. **Sus derechos como paciente podrían ser infringidos si el personal del hospital le pregunta si es víctima de violencia doméstica en frente de cualquier pareja que la acompañe o de algún miembro de la familia.**

Si usted es víctima de violencia doméstica:

La policía puede ayudarla a:

- llegar a un lugar seguro lejos de la violencia.
- obtener información sobre cómo puede un tribunal ayudarla a protegerse de la violencia.
- obtener atención médica por lesiones que usted o sus hijos pudieran tener;
- obtener las pertenencias necesarias de su hogar para usted y sus hijos;
- obtener copias de las denuncias policíacas sobre violencia;
- presentar una denuncia ante el tribunal penal e indicarle en dónde están ubicados los tribunales locales penales y de familia.

Los tribunales la pueden ayudar:

- Si la persona que le hizo daño o la amenazó es un miembro de la familia o alguien con quien usted tuvo un hijo, entonces tiene derecho a llevar el caso ante el tribunal penal, el tribunal de familia o ambos.
- Si usted o la persona que abusa de usted no tienen ningún parentesco, no han estado casados y no tienen ningún hijo en común, entonces el caso deberá presentarse solamente ante un tribunal penal.
- Los formularios que necesite están disponibles en el tribunal de familia y en el tribunal penal.
- Los tribunales podrán decidir si otorgan una orden de protección temporal para usted, sus hijos y cualquier testigo que pueda solicitarla.
- El tribunal de familia podría nombrar a un abogado para que la ayude en el tribunal si se determina que usted no puede pagarlo.
- El tribunal de familia podría emitir una orden de sustento de menores temporal y la custodia temporal de sus hijos.

La Ley del Estado de Nueva York establece que: “Si usted es la víctima de violencia doméstica, puede solicitar que el oficial le ayude a proporcionarle la seguridad de usted y de su hijo, incluso proporcionar información sobre cómo obtener una orden de protección temporal. Usted puede solicitar que el oficial le ayude a obtener sus efectos personales esenciales y que le ubique, le lleve o le ayude a hacer los arreglos necesarios para que usted y sus hijos permanezcan en un lugar seguro dentro de la jurisdicción del dicho oficial, incluyendo, entre otros, un programa para víctimas de violencia doméstica, una residencia de un miembro de la familia o de un amigo, o un lugar con seguridad similar. Cuando la jurisdicción del oficial abarque más de un solo condado, podría pedirle al oficial que la lleve o haga arreglos para llevarla a usted o a sus hijos a un lugar seguro dentro del condado en donde ocurrió el incidente. Si usted o sus hijos necesitan tratamiento médico, tiene derecho a solicitarle al oficial que la ayude a obtener dicho tratamiento médico.



Puede solicitar una copia de cualquier denuncia del incidente, sin costo alguno, en la agencia de cumplimiento de la ley”.

"Tiene el derecho de buscar un abogado de su propia elección y si continúa en los tribunales de lo familiar y si se determina que usted no puede pagar un abogado, se debe designar uno para representarlo sin costo alguno para usted. Puede solicitar al fiscal de distrito o a un oficial de policía que presente una denuncia penal. También tiene el derecho de presentar una petición en el tribunal de lo familiar cuando se ha cometido un delito de lo familiar en contra de usted. Tiene derecho a que su petición y solicitud de una orden de protección se presente el mismo día en que usted se presente en el tribunal, y a que dicha solicitud sea escuchada el mismo día o al día siguiente en el que el tribunal esté en sesión. Cualquier tribunal puede emitir una orden de protección contra una conducta que constituya una infracción de lo familiar que podría incluir, entre otras disposiciones, una orden para que el demandado o acusado se mantenga alejado de usted o de sus hijos. El tribunal de lo familiar también puede ordenar el pago temporal de una pensión alimenticia y otorgar la custodia temporal de sus hijos. Si el tribunal de lo familiar no está en sesión, puede solicitar ayuda inmediata del tribunal penal para obtener una orden de protección. Los formularios que necesita para obtener una orden de protección están disponibles en el tribunal de lo familiar y en el tribunal penal local. Se puede acceder a los recursos disponibles en esta comunidad para obtener información sobre violencia doméstica, tratamiento de lesiones y lugares seguros y refugios, llamando a los siguientes números 800. Es un delito presentar una denuncia penal o una petición al tribunal de lo familiar que contenga acusaciones que sean intencionalmente falsas.

Ley de Salud Pública 2803 (l)(h)
Notificación para las víctimas, extraída del documento titulado "Sus derechos como paciente hospitalario en el estado de Nueva York" del Departamento del Estado de Nueva York.



Aviso para pacientes prenatales y de maternidad

Este aviso contiene información valiosa si usted es víctima de violencia doméstica. Si es víctima de violencia doméstica deberá pedir hablar con alguien acerca de su situación y esta información se la deben dar de forma privada y confidencial. Sus derechos como paciente podrían ser infringidos si el personal del hospital le pregunta si es víctima de violencia doméstica en frente de cualquier pareja que lo acompañe o de algún miembro de la familia.

¿Están seguros usted y su bebé?

Usted podría no estarlo si hay violencia doméstica en su vida. A continuación hay algunas preguntas que le ayudarán a saber si está siendo víctima de abuso:

1. ¿La lastima su pareja con palabras?
2. ¿La insulta y la hace sentir que no vale nada?
3. ¿La hace de menos frente a otras personas?
4. ¿La lastima físicamente?
5. ¿La empuja, la abofetea, le pega, le da puñetazos, la pateo, la ahorca o la maltrata?
6. ¿La obliga a hacer cosas sexuales que usted no desea hacer o la lastima durante las relaciones sexuales?
7. ¿Está él a cargo de todo?
8. ¿Le dice él a quién debe o no debe ver o con quién debe o no hablar?
9. ¿Tiene él el control del dinero de la familia?
10. ¿Está atemorizada de él?
11. ¿Pierde él los estribos, es muy celoso o rompe cosas?
12. ¿La amenaza con herirla a usted, a sus hijos, a las mascotas o a él mismo?

Las víctimas de abuso doméstico no siempre reciben lesiones físicas. Si respondió que "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, podría ser víctima de abuso. Usted o sus hijos podrían estar en peligro.

No está sola.

No tiene la culpa.

No merece que abusen de usted.

¿Sabía usted que la violencia doméstica algunas veces inicia o empeora durante el embarazo?

Y usted no es la única que resulta lastimada:

- Una mujer que es víctima de abuso durante el embarazo tiene más probabilidades de sufrir un aborto, infecciones, sangrado, anemia y otros problemas de salud. Esto puede afectar tanto a la madre como a su bebé.
- Tiene el doble de probabilidades de tener un bebé con bajo peso.
- La mayoría de los hombres que le pegan a su pareja también le pegan a sus hijos. Algunos incluso abusan sexualmente de los niños.
- Los niños con padres que les pegan a sus madres pueden padecer de problemas de salud, problemas de sueño, ira, culpa, miedo y ansiedad.
- Cada año, más de 1,000 niños en los EE. UU. mueren a consecuencia de lesiones ocasionadas por sus padres, tutores u otras personas.

Usted y su bebé no merecen que se les trate de esta forma.

Usted tiene derecho a estar segura.

La ayuda está disponible.



¿Qué tipo de ayuda necesita? Los servicios siguientes están disponibles en la mayoría de las comunidades. Todo lo que usted diga será confidencial.

- Línea directa de ayuda: un consejero hablará con usted por teléfono y le dará información, o simplemente escuchará. Además, le dirá a qué lugares cercanos a usted puede ir o llamar para obtener más ayuda, si lo desea. A continuación encontrará los números de teléfono de las líneas directas de ayuda.
- Grupos de apoyo: puede hablar con otras mujeres que han experimentado lo mismo que usted (un grupo de apoyo). Esto podría ayudarla a sentirse menos sola y usted puede compartir ideas e información sobre la seguridad.
- Servicios para niños: muchos programas tienen servicios de terapia y apoyo para niños que los ayuda a comprender lo que está sucediendo. Les da la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos.
- Servicios de defensoría y otros servicios de apoyo: alguien la puede ayudar a moverse dentro del "sistema". Esta persona es un defensor contra la violencia doméstica. Los servicios de defensoría a menudo incluyen ayuda para buscar asesoría legal, terapia, atención médica, vivienda, un empleo y servicios sociales.
- Policía y los tribunales: la policía puede ayudar de muchas maneras, como llevándola a usted y a sus hijos a un lugar seguro en una emergencia. Los tribunales de familia y los tribunales penales pueden ayudarla emitiendo órdenes de protección o decidiendo sobre la custodia, las visitas y el sustento de menores.
- Refugios: la mayoría de los condados tiene refugios y hogares seguros en donde usted y sus hijos se pueden quedar. Los refugios pueden ayudarla a obtener muchos de los servicios que se indican a continuación.

Usted es importante.

Ninguna mujer merece ser víctima de abuso.

Nadie "lo pidió", y nadie debe vivir con miedo. Sus hijos merecen estar seguros y que usted esté segura.

Usted no está sola.

La ayuda está disponible.

**New York State Hotlines
(Línea directa de ayuda del
Estado de Nueva York)**

**Adult Domestic Violence:
(Violencia doméstica de adultos):
(24 horas, 7 días a la semana)
inglés: 1-800-942-6906
español: 1-800-942-6908**

**National Committee to
Prevent Child Abuse
(Comité nacional para la
prevención del abuso infantil):
1-800-342-7472
Línea directa de información de
prevención y para padres**

**Office of Children & Family Services
(Oficina de Servicios
infantiles y familiares)
1-800-342-3720
Para denunciar abuso infantil**

**Adaptado de "Sus derechos como paciente en el Estado de Nueva York"
del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.**



Intercambio de información médica (HIE) de Mount Sinai y hoja informativa de Healthix

Detalles sobre la información del paciente en el HIE de Mount Sinai y Healthix y el proceso de consentimiento:

- 1. Cómo se utilizará su información.** Conforme a la ley del estado de Nueva York y la ley federal, su información médica electrónica puede ser usada por el HIE y los participantes de Healthix para:
 - Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - Revisar si tiene un seguro médico y qué cubre.
 - Proporcionarle actividades de manejo de la atención. Estas incluyen ayudarle a obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se le ofrecen, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención médica que se le ofrecen o ayudarle a seguir un plan de atención médica.
 - Proporcionar actividades de mejora de la calidad. Estas incluyen evaluar y mejorar la calidad de la atención médica (y los servicios relacionados) que se le proporcionan a usted y a todos los pacientes de Mount Sinai, miembros de Healthix y a las organizaciones participantes.

IMPORTANTE: La decisión que tome **NO** permite que las aseguradoras de salud tengan acceso a su información con el propósito de decidir si le dan un seguro médico o pagan sus facturas. Puede tomar esa decisión en un Formulario de consentimiento aparte que las aseguradoras de salud deben usar.

- 2. Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si da su consentimiento, los participantes del HIE pueden acceder a toda su información médica electrónica disponible a través del HIE de Mount Sinai y de todos los empleados, agentes y miembros del personal médico. Mount Sinai puede acceder a toda su información médica electrónica que está disponible a través de Healthix. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este Formulario de consentimiento. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o un hueso roto), resultados de pruebas (como radiografías o pruebas de sangre) y listas de los medicamentos que tomó. Esta información puede relacionarse con afecciones de salud delicadas, incluidas, entre otras:

• problemas de consumo de alcohol o drogas	• afecciones de salud mental
• control de natalidad y aborto (planificación familiar)	• VIH/SIDA
• pruebas o enfermedades genéticas (hereditarias)	• enfermedades de transmisión sexual

- 3. De dónde viene la información médica sobre usted.** La información sobre usted viene de los lugares que le han proporcionado atención médica o de un seguro médico ("fuentes de información"). Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de salud electrónica que intercambien información médica de forma electrónica. Hay una lista completa de las fuentes de información del HIE actuales disponible en Mount Sinai o con su proveedor de atención médica participante en el HIE, según corresponda. Puede obtener una lista actualizada de las fuentes de información en cualquier momento si consulta el sitio web del HIE de Mount Sinai <http://www.mountsinainconnect.org>. También puede comunicarse con el funcionario de privacidad del HIE de Mount Sinai HIE escribiendo a: HIPAA Compliance Office, The Mount Sinai medical Center, 1 Gustave L. Levy Place, Box 1016, New York, NY 10029 o llamando al: 212-241-4669. Hay una lista completa de las fuentes de información de Healthix actuales disponible por parte de Healthix y puede obtenerse en cualquier momento consultando el sitio web de Healthix en <http://healthix.org> o llamando a Healthix al 877-695-4749.



4. **Si da su consentimiento, puede acceder a la información sobre usted.** Únicamente estas personas pueden acceder a la información sobre usted: médicos y otros proveedores de atención médica que trabajan en el personal médico de un participante aprobado del HIE de Mount Sinai o Healthix y que participan en su atención médica; proveedores de atención médica que cubren o están de guardia para un participante aprobado del HIE de Mount Sinai o Healthix; personal designado que participa en las actividades de mejora de calidad o de manejo de la atención; y miembros del personal de un participante aprobado del HIE de Mount Sinai o Healthix que llevan a cabo actividades permitidas por este Formulario de consentimiento como se describe en el párrafo anterior.
5. **Sanciones por acceso o uso inadecuado de su información.** Hay sanciones por acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en cualquier momento tiene la inquietud de que alguien que no debió consultar o tener acceso a la información sobre usted lo ha hecho a través del HIE de Mount Sinai, llame a uno de los participantes del HIE que usted aprobó para que tenga acceso a sus registros, visite el sitio web del HIE de Mount Sinai: <http://www.mountsinaiconnect.org>, comuníquese con el funcionario de privacidad del HIE de Mount Sinai en la dirección y número que se mencionan arriba, llame al Departamento de Salud del NYS al 977-6902211 o comuníquese a la Oficina Federal de Derechos Civiles en www.hhs.gov/ocr/hipaa.gov. Si su inquietud se relaciona con el acceso a su información a través de Healthix, comuníquese a Healthix al: 877-695-4749, visite el sitio web de Healthix: <http://www.healthix.org> o llame al Departamento de Salud del NYS al 877-690-2211.
6. **Nueva divulgación de información.** Un participante del HIE de Mount Sinai o de Healthix puede volver a divulgar cualquier información médica electrónica sobre usted a otros únicamente en la medida que permiten las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también se aplica para la información médica sobre usted que existe en papel. Como se establece en el n.º 2 anterior, si da su consentimiento, TODA su información médica electrónica, incluida la información médica delicada, estará disponible a través de Healthix y el HIE de Mount Sinai. Algunas leyes estatales y federales ofrecen protecciones especiales para algunos tipos de información médica delicada, incluida la información relacionada con (i) su evaluación, tratamiento o exámenes de una afección de salud por determinados proveedores; (ii) VIH/SIDA; (iii) enfermedades mentales; (iv) retraso mental y discapacidades del desarrollo; (v) abuso de sustancias; y (vi) pruebas genéticas. Se deben seguir sus requisitos especiales siempre que las personas reciban estos tipos de información médica delicada. El HIE de Mount Sinai, Healthix y las personas que acceden a esta información a través de estos intercambios de información médica deben cumplir estos requisitos.
7. **Periodo de vigencia.** Este Formulario de consentimiento tendrá vigencia, con respecto al HIE de Mount Sinai, hasta el día en que usted retire su consentimiento o hasta el momento en que el HIE de Mount Sinai cese sus operaciones o, con respecto a Healthix, en la fecha que ocurra primero una de las siguientes: diez (10) años a partir de la fecha de su firma o cuando Healthix deje de operar.
8. **Cómo retirar su consentimiento.** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento si firma un Formulario de retiro de consentimiento y se lo entrega a Mount Sinai. También puede cambiar sus elecciones de consentimiento firmando un Formulario de consentimiento nuevo en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en el sitio web del HIE de Mount Sinai, www.mountsinaiconnect.org. Cuando lo llene, envíe el formulario por fax al 212-831-6001 o entréguéselo a su proveedor. **Importante: Las organizaciones, incluidos los proveedores, que accedan a su información médica a través del HIE de Mount Sinai o Healthix mientras su consentimiento tenga vigencia pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si luego decide retirar su consentimiento, no están obligadas a devolver la información o eliminarla de sus registros.**
9. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo si lo solicita.

Apéndices y glosario



Apéndice A: dudas, problemas y quejas sobre su atención hospitalaria

Si tiene una inquietud, problema o queja relacionada con cualquier aspecto de su atención durante su estancia en el hospital, hable con su médico, enfermero o miembro del personal del hospital. Si el personal del hospital no ha resuelto el problema, puede comunicarse al Departamento de Salud del Estado de Nueva York o a The Joint Commission por correo o teléfono.

Departamento de Salud del Estado de Nueva York:

Puede llamar al número telefónico gratuito 1-800-804-5447 o puede presentar una queja por escrito y enviarla a:

New York State Department of Health
Centralized Hospital Intake Program
Mailstop: CA/DCS
Empire State Plaza
Albany, NY 12237

Preguntas o comentarios: hospinfo@health.state.ny.us

The Joint Commission:

One Renaissance Blvd
Oakbrook Terrace, IL 60181
1-800-994-6610

O en línea en: jointcommission.org

Extraído de "Sus derechos como paciente en el Estado de Nueva York"
del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.



Apéndice B: Qué hacer si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Tiene el derecho de apelar las decisiones que tomó su médico, el personal del hospital o su plan de atención médica administrada:

- sobre cuándo debe recibir el alta hospitalaria;
- si siente que le dan el alta hospitalaria demasiado pronto;
- si siente que no le han dado los planes adecuados o apropiados para su atención médica y otros servicios que puede necesitar después de recibir el alta hospitalaria; o
- si los servicios que necesita no se le han brindado.

La ley exige que usted reciba un aviso **por escrito** con antelación en el que se le diga:

- la fecha en que el médico o el hospital planea darlo de alta;
- cómo apelar si desea permanecer en el hospital; y
- un número especial para llamar si tiene algún problema relacionado con el alta hospitalaria.

Para obtener asistencia o ayuda

Existe un representante de revisión profesional independiente (Independent Professional Review Agent, IPRA) para su área y su cobertura de seguro. Si necesita asistencia o ayuda del IPRA, el hospital le proporcionará un número de teléfono o persona para comunicarse.

Únicamente para pacientes de Medicare

Si siente que le dan el alta hospitalaria demasiado pronto y no recibió un aviso con antelación en el que se le indicara cuándo será su alta hospitalaria, pida su aviso de alta hospitalaria (llamado "El mensaje importante de Medicare sobre sus derechos"). Si está en una organización de mantenimiento de la salud (Healthcare Maintenance Organization, HMO), también debe solicitar "El mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Debe tener este aviso de alta hospitalaria por escrito para poder apelar la decisión del médico y del hospital sobre cuándo debe salir del hospital.

Únicamente para pacientes de atención médica administrada

Si es un paciente inscrito en una HMO o en un plan de atención médica administrada, primero solicite o envíe una apelación acelerada al comité de revisión de utilización de la HMO o del plan si considera que sus beneficios son limitados o denegados de manera injusta o se le pide que deje el hospital demasiado pronto o que los servicios necesarios desde el punto de vista médico son excluidos de manera inadecuada de su cobertura. Si no está satisfecho con el resultado de esa solicitud de apelación, puede comunicarse al Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al: **1-800-206-8125**.



Apéndice C: Confidencialidad de la información genética

La privacidad y confidencialidad de la información genética mantenida por Mount Sinai está protegida por las regulaciones estatales y federales. Información genética significa, con respecto a un individuo: (i) las pruebas genéticas del individuo; (ii) las pruebas genéticas de los miembros de la familia del individuo; (iii) la manifestación de una enfermedad o trastorno en familiares de dicho individuo; o (iv) cualquier solicitud o recepción de servicios genéticos, o participación en una investigación clínica que incluya servicios genéticos, por parte del individuo o de cualquier familiar del individuo. Estas protecciones van más allá de las protecciones que se describen en el Aviso general de prácticas de privacidad de Mount Sinai (el "Aviso"). *Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener más información, comuníquese a la:*

Oficina de Privacidad de Mount Sinai: 212-241-4669

Le recomendamos que también dedique tiempo a revisar el Aviso para obtener información sobre cómo puede Mount Sinai usar y divulgar generalmente su información médica protegida (PHI). El Aviso de también proporciona información sobre cómo puede obtener acceso a su PHI, incluida la información genética confidencial. Conforme a la legislación del Estado de Nueva York (NYS), se aplican restricciones específicas a (1) pruebas genéticas de muestras biológicas humanas y (2) la divulgación de información derivada de pruebas genéticas a cualquier persona u organización. Prueba genética significa cualquier prueba de laboratorio de ADN, cromosomas, genes o productos de genes para detectar una variación genética vinculada a una predisposición a una enfermedad genética. No incluye información relacionada con una enfermedad manifiesta (una enfermedad que se puede diagnosticar con base en síntomas) o información obtenida al confirmar una enfermedad con pruebas genéticas.

Mount Sinai no realizará una prueba genética a una muestra biológica que se le tome a menos que Mount Sinai obtenga su consentimiento informado por escrito conforme a la legislación del NYS. Con su consentimiento informado, Mount Sinai puede usar los resultados de su prueba genética para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Cualquier otro uso o divulgación de los resultados de su prueba genética generalmente requieren su autorización por escrito. Esta autorización es independiente y no puede combinarse con el consentimiento informado.

No se requiere autorización si:

- La divulgación se hace a una persona autorizada a tomar decisiones de atención médica en su nombre y esa persona necesita la información divulgada para tomar sus decisiones.
- La divulgación se hace a una organización de servicio calificado que realiza determinados servicios de tratamiento (como análisis de laboratorio) o a un socio comercial (BA) que la necesita para ayudarnos a obtener pago o realizar nuestras operaciones comerciales. Mount Sinai obtendrá el acuerdo de la organización de servicio calificado o del BA por escrito para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, de acuerdo con la legislación federal y estatal.
- La ley o una orden judicial exige o permite la divulgación.
- La Junta de Revisión Institucional de Mount Sinai ha decidido permitir la divulgación de información obtenida sobre usted de pruebas genéticas en su tejido almacenado, o información que lo vincule con resultados de una prueba específica y usted ha firmado un formulario de Autorización para investigación o un formulario de Consentimiento para divulgar información genética conforme a la Ley de Derechos Civiles de NY §§ 79-1 (3) (a) y 79-1 (9) (d)].

Si proporciona su autorización por escrito para participar en un intercambio de información médica (HIE), todos sus registros estarán disponibles, incluida la información genética. Si no está de acuerdo con dicha divulgación, no debe aceptar participar en un HIE.

La violación de estas regulaciones de privacidad puede someter a Mount Sinai a sanciones civiles o penales. Las presuntas violaciones se pueden denunciar a las autoridades adecuadas de acuerdo con la legislación federal y estatal. *Consulte el Aviso completo de Mount Sinai para obtener información adicional.*

Glosario

1. **Atención administrada:** Atención administrada se refiere a la forma en que la atención médica de la persona (o del miembro de la familia) se organizará y se pagará. Aunque las organizaciones para el mantenimiento de la salud health maintenance organizations (HMO) son los mejores planes de atención administrada que se conocen, existen muchos otros tipos. Si está inscrito en un plan de atención administrada, su acceso a los servicios de atención médica estará coordinado por el plan o por el médico de atención primaria. Por consiguiente, deberá comprender cómo, cuándo y dónde debe acceder a los servicios de atención médica, incluidos los servicios de hospital, de acuerdo a los reglamentos y los beneficios de su plan. Lea detenidamente la información de inscripción de su plan y hágale preguntas al representante de su plan hasta asegurarse de que comprende cuáles son sus beneficios, sus derechos y sus responsabilidades.
2. **Aviso de alta:** El aviso de alta de un hospital del Estado de Nueva York debe incluir información sobre su fecha de alta y cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con el aviso. Se le deberá dar un aviso del alta a todos los pacientes (excepto los pacientes de Medicare que reciben una copia del “Mensaje importante de Medicare”) por escrito, 24 horas antes de salir del hospital. Los pacientes de Medicare deberán solicitar un aviso del alta por escrito “Mensaje importante de Medicare” si no están de acuerdo con el alta. Se debe proporcionar el aviso, si se solicita. Después de que se proporcione el aviso, si el paciente de Medicare no está de acuerdo con este, se puede tramitar una apelación.
3. **Formulario de Poder de Atención médica:** El Estado de Nueva York cuenta con una ley que permite que usted nombre a alguien de su confianza, por ejemplo, un miembro de la familia o un amigo cercano como su agente de Atención médica, para decidir sobre su tratamiento en caso usted pierda la capacidad para decidir por sí mismo. También puede usar este formulario para indicar sus deseos en cuanto a la donación de órganos en caso de fallecimiento.
4. **Instrucciones anticipadas:** Las instrucciones anticipadas son instrucciones verbales o escritas que usted hace antes de una enfermedad o lesión discapacitante. Las instrucciones anticipadas incluyen, entre otras, un poder de atención médica, el consentimiento para una orden de no resucitar (DNR) registrada en sus expedientes médicos y un testamento en vida.
5. **Orden de no resucitación (DNR):** A su solicitud, se puede incluir una orden DNR en su ficha clínica. Esta instruye al personal médico a que no trate de resucitarlo en caso de que no esté respirando o si sus latidos del corazón se detuvieron. Esto significa que los médicos, enfermeras y otros profesionales de atención médica no practicarán procedimientos de emergencia, como resucitación boca a boca, compresión externa del pecho, choques eléctricos, inserción de una sonda por las vías respiratorias, inyección de algún medicamento en su corazón o tórax abierto. De acuerdo a la ley del Estado de Nueva York, todos los pacientes adultos pueden solicitar una orden DNR verbal o por escrito, si hay dos testigos presentes. Además, la Health Care Proxy Law (Ley del Poder Notarial de Atención Médica) le permite nombrar a una persona para que tome decisiones sobre DNR y otros tratamientos en caso de que usted no sea capaz de hacerlo.
6. **Plan del alta:** Todos los pacientes (incluidos los pacientes de Medicare) de los hospitales del Estado de Nueva York deberán recibir un plan de alta por escrito antes de que salgan del hospital. Este plan deberá describir todos los arreglos para cualquier servicio de atención médica que necesita después de que salga del hospital. Antes de salir del hospital, deberán garantizarse y ponerse razonablemente a disposición los servicios necesarios descritos en este plan.



7. **Planificación del alta:** La planificación del alta es el proceso mediante el cual el personal del hospital trabaja con usted y con su familia o con alguien que actúe en su nombre para hacer los arreglos y preparar los cuidados que recibirá cuando salga del hospital. Este cuidado podría dárselo usted mismo, algún miembro de su familia, un asistente de cuidados de salud en el hogar o puede ser admitido en otro centro de atención médica. La planificación del alta incluye la evaluación y la identificación de las necesidades que tendrá cuando salga del hospital y la planificación de los cuidados que necesite para satisfacer las necesidades cuando se le dé el alta. Se le deberá proporcionar un plan por escrito antes de que salga del hospital. La planificación del alta normalmente involucra al paciente, a los miembros de la familia o a la persona que usted elige para que actúe en su nombre, su médico o un miembro del personal del hospital. Algunos hospitales tienen miembros del personal llamados “planificadores del alta” En otros hospitales, una enfermera o un trabajador social podrían ayudar en la planificación del alta.
8. **Medicaid:** Medicaid es un programa federal, financiado por el gobierno federal, el gobierno estatal y los gobiernos locales, que está diseñado para ofrecer acceso a las personas pobres que cumplen con determinados requisitos de elegibilidad, como nivel de ingresos, a los servicios de atención médica.
9. **Medicare:** Medicare es un programa federal, administrado por el gobierno federal, que paga parte de los costos de los servicios médicos de las personas de 65 años de edad o mayores o de las personas con discapacidades. La elegibilidad se basa en la edad y el estado de discapacidad.
10. **Mala conducta médica:** Si considera que recibió atención deficiente o bajo el estándar (atención incompetente, negligente o fraudulenta) de parte de un médico o un asistente médico, podría presentar una denuncia ante el New York State Department of Health. Los médicos y otros profesionales de la salud están obligados según la ley a denunciar cualquier indicio de sospecha de mala conducta.
11. **Representante del paciente:** El representante del paciente es un miembro del personal del hospital que sirve como vínculo entre el paciente, la familia, los médicos y otros miembros del personal del hospital. El representante del paciente deberá estar disponible para responder a las preguntas acerca de los procedimientos, para ayudar con necesidades o inquietudes especiales y para ayudar a resolver problemas. El representante del paciente está familiarizado con los servicios del hospital y lo ayudará. No hay ningún cobro por los servicios que ofrece el representante del paciente.
12. **Resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR):** La Resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) es un procedimiento médico usado para reanimar el corazón y los pulmones de un paciente cuando se detiene la respiración o la circulación.
13. **Testamento en vida:** Un testamento en vida es un documento escrito que expresa sus instrucciones y elecciones específicas sobre diferentes tipos de tratamientos médicos y ciertas afecciones médicas. Los testamentos en vida se reconocen como la evidencia de sus deseos (si los deseos están expresados de forma clara y convincente) si usted está gravemente enfermo y no puede comunicarse.

**Extraído de "Sus derechos como paciente en el Estado de Nueva York"
del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.**



Formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en el estado de Nueva York

(1) Yo, _____
por este medio nombro a _____
(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) Opcional: Agente alternativo

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por medio del presente nombro a _____
(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera.

(3) Ordeno a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. (Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones). Ordeno a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (*adjunte páginas adicionales si es necesario*): _____

(4) Opcional: Ordeno a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. (Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones). Ordeno a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (*attach additional pages as necessary*): _____

Para que su agente tome decisiones de atención médica por usted acerca de alimentación e hidratación artificiales (*alimentos y agua suministrados por medio de sonda y vía intravenosa*), su agente debe conocer sus deseos de manera razonable. Puede indicar sus deseos a su agente o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones acerca del lenguaje modelo que podría utilizar si decide indicar sus deseos en este formulario, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.



(5) Su identificación *(en letra de imprenta)*

Su nombre _____

Su firma _____ Fecha _____

Su dirección _____

(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos

Por medio de la presente hago una donación de órganos, que será efectiva al momento de mi muerte, de: (marque los que se apliquen)

- Cualquier órgano o tejido necesario
- Los siguientes órganos o tejidos _____
- Limitaciones _____

Si no establece sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos o tejidos en este formulario, no se considerará que no desea hacer una donación ni evitará que una persona, que de otra forma está autorizada por la ley, autorice una donación en su nombre.

Su firma _____ Fecha _____

(7) Declaración de los testigos *(Los testigos deben ser mayores de 18 años y no pueden ser el representante ni el representante alternativo de atención médica.)*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento y parece tener pleno uso de sus facultades y actúa con su libre albedrío. Firmó (o pidió a alguien más que firme por él o ella) este documento en mi presencia.

Fecha _____ Fecha _____

Nombre del testigo 1
(en letra de imprenta) _____ Nombre del testigo 2
(en letra de imprenta) _____

Firma _____ Firma _____

Dirección _____ Dirección _____



Formulario de consentimiento del Intercambio de información médica (HIE) de Mount Sinai y Healthix

El intercambio de información médica de Mount Sinai ("HIE de Mount Sinai") y Healthix comparten información sobre la salud de las personas de manera electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Esta forma de compartir es llamada salud electrónica o tecnología de información médica ("TI médica"). Para conocer más sobre la TI de salud en el estado de Nueva York, lea el folleto, "Mejor información significa mejor atención". Puede pedirse a su proveedor de atención médica o visite el sitio web www.ehealth4ny.org.

En este Formulario de consentimiento, puede elegir si permite a los proveedores de atención médica que se mencionan en el sitio web del HIE de Mount Sinai www.mountsinaiconnect.org (los "participantes del HIE") obtener acceso a sus registros médicos a través de una red de computación operada por el HIE de Mount Sinai. Esto puede ayudarle a recolectar los registros médicos que tiene en diferentes lugares donde usted recibe atención médica y ponerlos a disposición electrónica de los proveedores que lo tratan. La lista de los participantes del HIE en el sitio web se actualizará de manera regular.

También puede usar este Formulario de consentimiento para decidir si permite o no que los empleados, representantes o miembros del personal médico del Mount Sinai Hospital y de la Escuela de Medicina Icahn en Mount Sinai (en conjunto "Mount Sinai") consulten y obtengan acceso a sus registros médicos electrónicos a través de Healthix, que es un intercambio de información médica o una organización de información médica regional (Regional Health Information Organization, "RHIO"), una organización sin fines de lucro reconocida por el estado de Nueva York. Esto también puede ayudarle a recolectar los registros médicos que tiene en diferentes lugares donde usted recibe atención médica y ponerlos a disposición electrónica de los proveedores que lo tratan. Este consentimiento le da su permiso a cualquier programa de Mount Sinai en el que sea paciente para acceder a sus registros desde sus otros proveedores de atención médica autorizados para divulgar información a través de Healthix. Hay una lista completa de las fuentes de información de Healthix actuales disponible por parte de Healthix y puede obtenerse en cualquier momento consultando el sitio web de Healthix en <http://healthix.org> o llamando a Healthix al 877-695-4749. Al solicitarlo, su proveedor imprimirá esta lista para usted desde el sitio web de Healthix.

SU DECISIÓN DE DAR O DENEGAR EL CONSENTIMIENTO NO PUEDE SER LA BASE PARA LA DENEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD O DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO.

LEA CON CUIDADO LA INFORMACIÓN EN LA HOJA INFORMATIVA ADJUNTA, QUE ES PARTE DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, ANTES DE TOMAR SU DECISIÓN

Sus decisiones de consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tiene las siguientes opciones: marque la Casilla 1 o la Casilla 2.

1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que **TODOS** los participantes del HIE mencionados en el sitio web del HIE de Mount Sinai accedan a **TODA** mi información médica electrónica a través del HIE de Mount Sinai y **DOY MI CONSENTIMIENTO A TODOS** los empleados, representantes y miembros del personal médico de Mount Sinai para que accedan a **TODA** mi información médica electrónica a través de **HEALTHIX** que esté relacionada con cualquier motivo permitido que se describe en la hoja informativa, que incluye proporcionarle cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.

2. NIEGO MI CONSENTIMIENTO para que **TODOS** los participantes del HIE mencionados en el sitio web del HIE de Mount Sinai accedan a **mi** información médica electrónica a través del HIE de Mount Sinai y **NIEGO MI CONSENTIMIENTO A TODOS** los empleados, agentes y miembros del personal médico de Mount Sinai para acceder a **CUALQUIER** información médica electrónica sobre mí a través de **HEALTHIX** por cualquier motivo, **incluso en una emergencia médica.**

Importante: A MENOS QUE MARQUE EL RECUADRO "NIEGO MI CONSENTIMIENTO", la ley del estado de Nueva York permite que los proveedores de atención médica que le dan tratamiento en una emergencia obtengan acceso a sus registros médicos, incluidos los registros que están disponibles a través de Healthix y del HIE de Mount Sinai. SI NO TOMA UNA DECISIÓN, los registros se compartirán únicamente en una emergencia según lo permite la ley aplicable.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)

Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)

Registro de notificaciones del paciente ambulatorio



Reconozco que he recibido los siguientes Avisos y formularios, como lo solicitan las regulaciones estatales y federales cuando sea apropiado:

- Declaración de los derechos del paciente del estado de Nueva York
- Declaración de los derechos de los padres del estado de Nueva York
- Responsabilidades del paciente
- Aviso de prácticas de privacidad
- Formulario de consentimiento del Intercambio de información médica (HIE) y Healthix
- Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos
- Formulario para designar un apoderado para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en el estado de Nueva York
- Resumen de la Política sobre las instrucciones anticipadas
- Información para el paciente sobre el manejo del dolor
- Apéndice y glosario

Al firmar a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia de los Avisos y Apéndices mencionados anteriormente, cuando corresponde, y por lo tanto se me informó sobre mis derechos y responsabilidades como paciente, cualquier opción disponible para mí en relación con las instrucciones anticipadas, sobre cómo la información médica sobre mí puede ser usada y divulgada por el hospital y los centros mencionados al principio de este aviso y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Nombre del paciente o del representante personal con letra de imprenta

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Descripción de las facultades del representante personal

No pude obtener el acuse de recibo de los Avisos anteriores por parte del paciente en el momento del registro porque:

- El paciente se negó a firmar, a pesar de los esfuerzos de buena fe;
- El paciente no estaba acompañado y no estaba alerta u orientado;
- El paciente no estaba acompañado y necesitaba atención médica de emergencia;
- Otro: _____.

Firma del empleado: _____ Cargo del empleado: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____



Información importante sobre cómo pagar por su atención en Mount Sinai Beth Israel

Mount Sinai Beth Israel (el "Hospital") es un proveedor que participa en muchas redes de planes de salud. Puede encontrar una lista de planes en los que participamos en <http://www.mountsinaihealth.org/about-the-health-system/insurance-info/msbi>. Algunos planes de salud usan redes más pequeñas para ciertos productos que ofrecen, por eso es importante verificar si participamos en el plan específico por el cual está cubierto. Nuestra lista le indicará si no participamos en todos los productos de un plan de salud.

También es importante que usted sepa que los servicios médicos que recibe en el Hospital no están incluidos en los cargos del Hospital. Los médicos que ofrecen sus servicios en el Hospital pueden ser médicos voluntarios independientes, pueden ser empleados por el Hospital, pueden ser empleados de la Escuela de Medicina Icahn en Mount Sinai (Icahn School of Medicine at Mount Sinai) o pueden ser contratistas. Los médicos cobran sus servicios por separado y podrían o no participar en los mismos planes de salud que el Hospital. Debe verificar con el médico que organiza sus servicios hospitalarios para determinar en qué planes participa el médico.

Puede encontrar información de los planes en los que participan los médicos empleados por el Hospital o la Escuela de Medicina Icahn de Mount Sinai usando la barra de herramientas rosa "encontrar un médico" ("find a doctor"), en <http://www.mountsinaihealth.org>, para navegar por los perfiles individuales de los médicos para ver la información de la participación en el seguro. El Hospital también tiene contrato con un grupo médico, York Anesthesiologists, PLLC, para ofrecer servicios de anestesiología. La siguiente es información de contacto de York Anesthesiologists, PLLC, y debe comunicarse a York Anesthesiologists directamente para determinar en qué planes de salud participan:

York Anesthesiologists, PLLC
Baird Hall, Room #3BH55
1st Ave at 17th Street
New York, NY 10003
(631) 264-2035

Professional Medical Management (Billing Office)
46 West Oak Street
Amityville, NY 11701
(631) 264-2030

También debe verificar con el médico que organiza sus servicios hospitalarios para determinar si los servicios de cualquier otro médico serán necesarios para su atención. Su médico puede darle el nombre, la especialidad, el domicilio y el número telefónico de cualquier médico cuyos servicios puedan ser necesarios. Su médico también podrá decirle si es probable que se necesiten los servicios de cualquier médico empleado o contratado por el Hospital, como un anestesiólogo, radiólogo o patólogo. Como se indica arriba, la información de contacto de estos médicos está disponible en www.mountsinaihealth.org y como se menciona arriba. Debe contactar a estos grupos directamente para determinar en qué planes participan.

La ley requiere que los hospitales pongan a disposición la información sobre sus cargos estándar para los artículos y servicios que proporcionan. Puede obtener esta información si llama al (212) 256-3177 o escribe al Departamento de Servicios Financieros del Hospital: Patient Financial Services Department en 160 Water Street, 22nd Floor, New York, NY 10038.

Si no tiene seguro médico, puede ser candidato a recibir asistencia para pagar sus facturas hospitalarias. Hay información disponible sobre asistencia financiera en www.hospitalassistance.org o puede comunicarse a nuestras oficinas de asistencia financiera como se indica a continuación:

Department of Patient and Financial Counseling
307 First Avenue
New York, NY 10003
(212) 844-1914

Department of Financial Counseling, Philips Ambulatory Care Center
10 Union Square East
New York, NY 10003
(212) 844-6041