

Derechos Y Responsabilidades Del Paciente

- Tiene derecho a una atención respetuosa brindada por el personal que refleje la consideración de su valor personal de sus sistemas de creencias y que optimice su comodidad y dignidad.
- Tiene derecho a saber qué políticas, reglas y regulaciones del centro se aplican a su conducta como paciente.
- Tiene derecho a esperar que se implementen procedimientos de emergencia sin demoras innecesarias.
- Usted tiene derecho a recibir atención de buena calidad y altos estándares profesionales que se mantengan y revisen continuamente.
- Usted tiene derecho a esperar que se implementen buenas técnicas de gestión dentro de este centro de atención médica considerando el uso efectivo de su tiempo y evitando su malestar personal.
- Tiene derecho a que un familiar o representante de su elección y su médico sean notificados de inmediato sobre su admisión al centro.
- Tiene derecho a recibir servicios médicos y de enfermería sin discriminación por motivos de raza, color, religión, género, preferencia sexual, discapacidad, origen nacional o fuente de pago.
- Tiene derecho a una evaluación y tratamiento adecuados del dolor.
- Tiene derecho, en colaboración con su médico, a tomar decisiones relacionadas con su atención médica. Este derecho se aplica a la familia y/o tutor.
- Si bien este centro de atención médica reconoce su derecho a participar en su atención y tratamiento en la mayor medida posible, existen circunstancias en las que es posible que no pueda hacerlo. En estas situaciones (por ejemplo, si usted ha sido declarado incompetente de acuerdo con la ley, su médico lo considera médicamente incapaz de comprender el tratamiento o procedimiento propuesto, no puede comunicar sus deseos con respecto al tratamiento), sus derechos deben ser ejercidos, a en la medida permitida por la ley, por su representante designado u otra persona legalmente designada.
- Tiene derecho a tomar decisiones con respecto a la suspensión de los servicios de reanimación o la renuncia o retiro del tratamiento de soporte vital dentro de los límites de la ley y las políticas de esta institución.
- Usted tiene derecho, previa solicitud, a que se le proporcione el nombre de su médico tratante, los nombres de todos los demás médicos o profesionales que participan directamente en su atención, y los nombres y estatus profesional de otro personal de atención médica, incluidos estudiantes de medicina, residentes o otros alumnos, teniendo contacto directo con usted.
- Usted tiene derecho a todas las consideraciones de privacidad relacionadas con su programa de atención médica. La discusión, la consulta, el examen y el tratamiento del caso se consideran confidenciales y deben llevarse a cabo de manera discreta, brindando una privacidad visual y auditiva razonable cuando sea posible. Esto incluye el derecho, si se solicita, a tener a alguien presente mientras se realizan exámenes físicos, tratamientos o procedimientos, siempre que no interfieran con los procedimientos o tratamientos de diagnóstico.
- Tiene derecho a recibir atención en un entorno seguro y a estar libre de toda forma de abuso y acoso.
- Usted tiene derecho a que toda la información, incluidos los registros relacionados con su atención médica, sea tratada como confidencial, salvo que la ley o los acuerdos contractuales de terceros dispongan lo contrario.
- Tiene derecho a estar libre de restricciones y reclusiones que no sean médicamente necesarias o que el personal no utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalias.
- Tiene derecho a que su expediente médico sea leído únicamente por personas directamente involucradas en su atención, por personas que controlan la calidad de su atención o por personas autorizadas por ley o reglamento. Usted o su representante legal/designado, previa

solicitud, tendrán acceso a toda la información contenida en sus registros médicos, a menos que el médico tratante restrinja específicamente el acceso por razones médicas.

- Tiene derecho a que se le comunique de forma clara, concisa y comprensible. Si no habla inglés, tendrá acceso, cuando sea posible, a un intérprete.
- Tiene derecho a recibir información completa en términos sencillos sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, incluida información sobre tratamientos alternativos y posibles complicaciones. Cuando no sea médicamente aconsejable que se le proporcione dicha información, la información se proporcionará en su nombre a su representante legal/designado.
- Excepto en casos de emergencia, el médico debe obtener el consentimiento informado necesario antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento, o ambos.
- Tiene derecho a esperar servicios de protección junto con respeto por su propiedad personal.
- Tiene derecho a cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles.
- Usted tiene derecho a no participar en ninguna investigación experimental, programa de donantes o actividades educativas a menos que usted o su representante legal/designado hayan dado su consentimiento informado antes de la participación real en dicho programa. Usted o su representante legal/designado pueden, en cualquier momento, negarse a continuar en cualquier programa para el cual se haya otorgado previamente su consentimiento informado.
- Usted tiene derecho a aceptar atención médica o rechazar cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento ofrecido por la institución, en la medida permitida por la ley, y un médico le informará de las consecuencias médicas de dicho rechazo.
- Usted tiene derecho a participar en la consideración de cuestiones éticas relacionadas con su atención, dentro del marco establecido por esta organización para considerar dichas cuestiones.
- Tiene derecho a formular una "directiva anticipada" o a nombrar un sustituto para que tome decisiones de atención médica en su nombre. Estas decisiones serán respetadas por esta instalación y sus profesionales de la salud, dentro de los límites de la ley y la misión, los valores y la filosofía de esta organización. Usted es responsable de proporcionar una copia de sus "directivas anticipadas" al centro o al cuidador.
- No es necesario que tenga ni complete una "directiva anticipada" para recibir atención y tratamiento en este centro.
- Tiene derecho a recibir ayuda para obtener una consulta con otro médico a su solicitud y costo.
- Cuando este centro no puede satisfacer la solicitud o necesidad de atención debido a un conflicto con nuestra misión o filosofía, o incapacidad para satisfacer sus necesidades o solicitud, es posible que lo transfieran a otro centro cuando sea médicamente permitido. Dicha transferencia debe realizarse solo después de que usted o su representante legal/designado hayan recibido información y explicación completa sobre la necesidad de dicha transferencia y las alternativas a dicha transferencia. La transferencia debe ser aceptable para la otra institución.
- Tiene derecho a examinar y recibir una explicación detallada de su factura.
- Tiene derecho a información completa y asesoramiento sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención médica.
- Tiene derecho a esperar que el centro proporcione un mecanismo mediante el cual se le informe, al momento del alta, sobre los requisitos continuos de atención médica después del alta y los medios para cumplirlos.
- No se le puede negar el derecho de acceso a una persona o agencia que esté autorizada a actuar en su nombre para hacer valer o proteger los derechos establecidos en esta sección.
- Se le debe proporcionar información sobre sus derechos como paciente al menos un día antes de su procedimiento, a menos que el procedimiento sea una emergencia, programado dentro de un día de la hora del procedimiento .
- Tiene derecho, sin recriminaciones, a presentar quejas o expresar una queja con respecto a su atención y a que esas quejas se revisen y, cuando sea posible, se resuelvan.

DERECHOS DE LOS PACIENTES DE MEDICARE:

• Como beneficiario de Medicare, tiene ciertos derechos garantizados. Estos derechos lo protegen cuando recibe atención médica; le aseguran el acceso a los servicios de atención médica necesarios; y te protegen contra prácticas poco éticas. Usted tiene estos derechos de Medicare ya sea que esté en el Plan Original de Medicare u otro plan de salud de Medicare. Sus derechos incluyen:

o El derecho a la protección contra la discriminación en las prácticas de marketing y inscripción.

o El derecho a información sobre qué está cubierto y cuánto tienes que pagar.

o El derecho a información sobre todas las opciones de tratamiento disponibles para usted.

o El derecho a apelar decisiones para negar o limitar el pago de atención médica.

o El derecho a saber cómo su plan de salud Medicare paga a sus médicos.

o El derecho a elegir un especialista en salud de la mujer.

o El derecho, si tienes una condición médica compleja o grave, a recibir un plan de tratamiento que incluya acceso directo a un especialista.

o El derecho a recibir atención de emergencia.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

• Proporcionar información veraz y completa en asuntos relacionados con su salud .

• Haga saber si no comprende las instrucciones que le dan.

• Asegúrese de que su obligación financiera se cumpla adecuadamente.

• Comportarse con respeto hacia todos los profesionales y personal sanitario, así como hacia los pacientes y visitantes.

• Acepta las consecuencias de no seguir los consejos médicos.

• Seguir el plan de tratamiento acordado.

• Para garantizar que haya un adulto responsable disponible para transportarlo a casa y permanecer con usted según lo indique su médico o las instrucciones de alta.

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Testigo _____

Consentimiento Para Medidas De Reanimación

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA MEDIDAS DE RESUCITACIÓN DEL CENTRO DE ACCESO

ESTA NO ES UNA REVOCACIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS NI A LAS CARTAS PODER MÉDICAS

Todos los pacientes tienen el derecho a participar en sus propias decisiones con respecto a su salud y tomar decisiones con respecto a asuntos serios o ejecutar sus Cartas Poder que autorizan a otros a tomar decisiones por parte de los deseos que los pacientes expresan, cuando se trata de pacientes que no tienen la capacidad de tomar decisiones o no tienen la capacidad de comunicar sus decisiones. Este Centro de Acceso respecta y sostiene esos derechos.

Sin embargo, a diferencia de un hospital con cuidado intensivo, este Centro de Acceso no realiza de forma rutinaria procedimientos de riesgo alto. La mayoría de los procedimientos que se realizan en estas instalaciones son considerados de riesgo mínimo. Es claro también que ninguna cirugía está libre de riesgo alguno. Usted tendrá la oportunidad de hablar de los riesgos de su procedimiento con su médico, quien podrá contestarle sus preguntas con respecto al riesgo asociado, cuándo se espera que usted se recupere y el cuidado que necesitará después de su cirugía.

Por lo tanto, y en base a nuestra política de Derechos del Paciente con respecto a Instrucciones Avanzadas, sin importar el contenido de cualquier instrucción anticipada o las instrucciones de un Designado Responsable para Asuntos de Salud o un Abogado, si llegara a ocurrir un evento adverso durante su tratamiento en este Centro de Acceso, tendremos que iniciar medidas para la resucitación u otras para estabilizar al paciente, y transferirlo a un Hospital de Cuidado Intensivo para una evaluación más profunda. En el hospital de cuidado intensivo, el uso de más tratamientos o la eliminación de un tratamiento que ya ha comenzado serán ordenados ya sea según sus deseos, según Instrucciones Anticipadas para Decisiones Serias o según una Carta Poder para Asuntos de Salud. Al estar usted de acuerdo con esta política por medio de su firma en seguida no revoca ni hace inválida cualquier Instrucción de Cuidado de Salud o cualquier Carta Poder para Asuntos de Salud.

Si usted no está de acuerdo con esta política, tendremos el placer de asistirle a programar el procedimiento para otra fecha o le daremos una lista de clínicas para su consideración que puedan estar de acuerdo en realizar el procedimiento sin suspender sus Instrucciones Anticipadas.

Por favor marque la casilla apropiada contestando las siguientes preguntas. ¿Ha usted ejecutado Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud, un Testamento, una Carta Poder que autorice a alguien a tomar decisiones de Cuidado de Salud en su representación?

- ☐ Sí, tengo Instrucciones Anticipadas, un Testamento o una Carta Poder para Asuntos de Salud.
- ☐ No, no tengo Instrucciones Anticipadas, un Testamento ni una Carta Poder para Asuntos de Salud.
- ☐ Me gustaría recibir más información con respecto a Instrucciones Anticipadas.

Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo su contenido, y estoy de acuerdo con la política según se describe. Si he indicado que deseo mayor información, reconozco por medio de ésta que ya he recibido esa información.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____

Formulario de Autorización del Paciente y Responsabilidad Financiera**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Al firmar este Formulario de Autorización del Paciente y Responsabilidad Financiera ("Formulario"), solicito y consiento la prestación de procedimientos de acceso vascular y otros servicios asociados a los mismos por parte de la Instalación. Además, entiendo que soy personalmente responsable del pago de los procedimientos de acceso vascular y otros servicios recibidos en la instalación ambulatoria mencionada anteriormente ("Instalación") que gestiona Foothill Vascular Center, con las tarifas habituales y habituales de la instalación (disponibles para mi revisión si la solicito). Mi responsabilidad financiera por mis tratamientos continuará hasta que mi médico de cabecera y (si procede) las aseguradoras secundarias reembolsan a la Instalación por dichos servicios, o la Instalación me libera de esa responsabilidad.

A cambio del tratamiento y servicios del centro, acepto lo siguiente:

1. **Autorización.** Autorizo a la Instalación a obtener toda la información sanitaria, de seguros y financiera de mi médico, del hospital del que fui derivado o de cualquier otro proveedor sanitario, así como de mi aseguradora, programa gubernamental y/u otro pagador externo (incluidos agentes, administradores o representantes), como la información de beneficios y cobertura que sea necesaria para el tratamiento sanitario, Fines de pago y/o operativos. También autorizo a la instalación a facilitar información sanitaria protegida a mi aseguradora, programa gubernamental y/o a otro pagador externo (incluidas copias de historiales médicos) según sea necesario para el tratamiento sanitario, el pago y/o fines operativos.
2. **Pago del seguro.** Acepto ayudar al centro en todo lo posible para obtener la autorización de tratamiento y el pago por mi tratamiento de mi aseguradora, el programa gubernamental y/o cualquier otro proveedor externo. Acepto solicitar prestaciones bajo cualquier programa federal o estatal (incluyendo Medicare, Medicaid, fondos estatales de riñón, etc.) y planes de seguro secundario, para los que pueda ser elegible. Acepto proporcionar toda la información, incluidos los registros médicos y/o datos financieros personales, que el Centro pueda requerir para dichos programas de vez en cuando.
3. **Medicare.** Certifico que la información contenida en mi solicitud de prestaciones bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (el programa Medicare) es verdadera, correcta y completa en todos los aspectos. Autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra información sobre mí a facilitar a la Administración de la Seguridad Social, o a sus intermediarios o aseguradoras, cualquier información necesaria para cualquier reclamación de Medicare.
4. **Autorización de tratamiento.** Entiendo que si mi aseguradora, el programa gubernamental y/o cualquier otro pagador externo requiere una autorización de tratamiento antes de realizar el tratamiento y la instalación no puede obtenerla a tiempo por cualquier motivo, la instalación puede requerir que (a) pague en efectivo antes de recibir cualquiera de estos tratamientos, o (b) que me transfiera a otra instalación (se proporcionará una lista de centros antes de la transferencia).
5. **Asignación de prestaciones: Lien.**

MEDICARE Y/O MEDICAID: Por la presente solicito que el pago de beneficios Medicare/Medicaid autorizados a o en mi nombre por servicios prestados en o por la Instalación se realice a la Instalación, y asigno específicamente dichos beneficios a la Instalación. Por la presente certifico que toda la información que proporcioné en relación con la solicitud de prestaciones bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es verdadera, correcta y completa en todos los aspectos. **Entiendo que ciertos servicios pueden no estar cubiertos por el Programa Medicare/Medicaid y que podría ser responsable de la totalidad del coste incurrido por dichos servicios si hay otra cobertura de terceros.** También entiendo que todos los deducibles deben ser que se hayan cumplido dentro del plazo especificado por Medicare.

SEGURO: Por la presente cedo a la Instalación todos los derechos, beneficios e intereses bajo cualquier póliza de seguro, plan de salud, compensación laboral u otro pagador externo responsable de mí, en contraprestación de servicios prestados por la Instalación. Por la

presente autorizo el pago directamente al Centro por cualquier póliza de seguro, plan de salud o pagador externo por el tratamiento recibido en el Centro. Por la presente autorizo el pago directamente a la Instalación de la cobertura de Compensación Laboral por gastos médicos por el tratamiento recibido en la Instalación. Por la presente autorizo el pago directo a la Instalación de toda la cobertura de seguro de responsabilidad civil a terceros, aseguradora a terceros, seguro de salud y seguro de responsabilidad civil individual por gastos médicos incurridos como resultado de cualquier accidente, lesión o enfermedad por la que haya recibido tratamiento en la Instalación.

Si incumplo alguna de mis obligaciones bajo esta disposición, acepto que la Instalación tendrá un gravamen automático sobre cualquier pago que haya recibido de cualquier Póliza. Además, entiendo que la Instalación puede reclamar cobros y todos los derechos legales y recursos aplicables contra mí. En este caso, seré responsable de los costes de cobro (incluidos honorarios legales razonables y costes) que incurra la Instalación en relación con la persecución de dichas cobros.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

6. **Cobro de prestaciones/ Acciones legales.** Acepto asistir y cooperar plenamente con el Centro para obtener el pago de cualquier Plan por servicios, medicamentos o suministros proporcionados a mí (o a mis dependientes) por el Centro. Esto incluye, sin limitación, mi participación como demandante en cualquier litigio, arbitraje, apelación u otra acción o demanda en tribunales federales o estatales, a expensas de la Instalación, derivada de cualquier disputa entre la Instalación y cualquiera de los Planes relacionada con cualquier pago que la Instalación alegue que debe corresponder a servicios, medicamentos o suministros proporcionados por la Instalación.
7. **Instalación como representante autorizado.** Por la presente autorizo a la Instalación (incluidos sus abogados y/o representantes) a actuar en mi nombre y representarme a mí, a mis dependientes y a mi patrimonio, en la tramitación de una reclamación de beneficios o apelación de una resolución adversa de beneficios bajo cualquier Plan. Por la presente autorizo a la Instalación y a sus abogados a reclamar todos los derechos legales y recursos disponibles que consideren apropiados para cobrar de los Planes dichos servicios, medicamentos o suministros. Por la presente acepto seguir cualquier procedimiento establecido por cualquier Plan para autorizar la instalación en esta capacidad.
8. **Deducible del paciente, coseguro y copago.** Para Medicare y ciertas otras compañías de seguros donde la Instalación acepta la determinación del cargo como pago completo, solo soy responsable de mi deducible anual, coseguros y mis copagos, si es que los hay. Si soy beneficiario de Medicare, dicha responsabilidad financiera puede aplicarse a los servicios de laboratorio clínico realizados por la instalación.
9. **Reducción de gastos y reparto de coste (SOC).** Entiendo que si participo en un programa estatal de Medicaid con un programa de entrada de gastos, SOC u otro programa de reparto que requiera que comparta el coste de mi atención sanitaria, acepto pagar la cantidad de despesa inicial, SOC u otro reparto de costes designado por el proveedor estatal de Medicaid en el momento en que se presten los servicios, o cuando el gasto baja, el SOC u otro importe compartido se me factura después del cierre de cada mes. Además, entiendo y acepto que si no puedo pagar ningún gasto inicial, SOC u otro importe compartido en el momento en que la Instalación me preste los servicios, al firmar a continuación, me comprometo a pagar dicho gasto, SOC u otra cantidad de coparticipación a la Instalación según lo establecido.
10. **Cambios en la información.** Acepto notificar rápidamente a la instalación cualquier cambio en mi empleo, cobertura de seguro, situación financiera o cualquier otra información personal relevante (por ejemplo, dirección, apellido, etc.), en un plazo de dos (2) días laborables desde cualquier cambio.
11. **Sucesores, herederos y patrimonio.** Deseo que las obligaciones y representaciones contenidas en este documento sean vinculantes para mis herederos, representantes legales, sucesores y mi patrimonio. Acepto no asignar mis beneficios bajo ningún Plan a ninguna otra persona o empresa por servicios, medicamentos o suministros proporcionados por la Instalación.

Este Formulario continuará vigente mientras reciba tratamiento en la Instalación y posteriormente, hasta que la Instalación reciba el pago completo por los servicios, medicamentos y suministros proporcionados a mí o a mis dependientes por la Instalación, o la reclamación de pago de la Instalación se liquide o retire. Entiendo que si no cumplo con los términos y condiciones anteriores, el centro puede reclamarme el pago directamente, según corresponda, y/o pedirme que me transfiera inmediatamente a otro centro de acceso vascular.

Si alguna parte de este formulario se considera inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán plenamente vigentes. Entiendo que puedo contratar a un abogado a mi costa para que me represente en relación con este Formulario.



El formulario me ha sido explicado en persona en un idioma que entiendo, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción por el compañero de la instalación identificado a continuación.

CERTIFICO QUE YO, EL ABAJO FIRMANTE, SIENDO EL PACIENTE U OTRA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE, HE LEÍDO LOS PÁRRAFOS 1-11 DE ESTE FORMULARIO, HE COMPRENDIDO SU CONTENIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON SUS TÉRMINOS.

Firma del paciente: _____ Date: _____

Aviso de prácticas de privacidad

En este aviso se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Revíselo detenidamente.

Este aviso entró en vigencia el 16 de febrero de 2026 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

1. Nuestro compromiso con respecto a la información médica

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Comprendemos que su información médica es personal y tenemos el compromiso de protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en nuestra organización. Necesitamos este registro para brindarle una atención médica de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. En este aviso, se le informará sobre las formas en que podemos usar y compartir su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de la información médica.

2. Nuestro deber legal

Por ley, tenemos las siguientes obligaciones:

1. Mantener la privacidad de su información médica.
2. Brindarle este aviso en el que se describen nuestras obligaciones legales, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información médica.
3. Acatar los términos del aviso actual.

Tenemos los siguientes derechos:

1. Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios estén permitidos por la ley.
2. Hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso sean efectivos para toda la información médica que conservamos, incluida la información que se creó o recibió antes de los cambios.

Aviso de cambio a las prácticas de privacidad:

1. Antes de implementar un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y pondremos el nuevo aviso a disposición de quien lo solicite.

3. Uso y divulgación de su información médica

En la siguiente sección, se describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información médica. No se mencionarán todos los usos y divulgaciones. Sin embargo, hemos enumerado todas las formas en las que se nos permite usar y divulgar información médica. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para ningún fin que no se mencione a continuación, sin su autorización específica por escrito. Para revocar una autorización específica por escrito que haya proporcionado en el momento que fuere, escribanos a la dirección que figura al final de este aviso.

(Las reglas descritas en este párrafo entran en vigencia el 16 de febrero de 2026). Si recibimos registros de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias creados por un programa o proveedor de atención médica con asistencia federal en virtud del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Parte 2, por lo general, solo podemos usar o divulgar dichos registros de acuerdo con el consentimiento por escrito que proporcionó al programa o proveedor. Sin embargo, si nos revelaron esos registros con su consentimiento por escrito para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, podemos divulgar los registros para estos fines sin obtener un consentimiento adicional por escrito.

PARA EL TRATAMIENTO: Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que le brinden atención. También podemos compartir información médica sobre usted con sus otros proveedores de atención médica para ayudarlos a brindarle un tratamiento.

PARA EL PAGO: Podemos utilizar y divulgar su información médica para fines de pago. Se le puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador. La información que aparece en la factura o la que acompaña a esta puede incluir su información médica.

PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Podemos utilizar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Esto puede incluir la medición y mejora de la calidad, la evaluación del desempeño de los empleados, la implementación de programas de capacitación y la obtención de la acreditación, los certificados, las licencias y credenciales que necesitamos para prestarle servicios.

USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES: Además de utilizar y divulgar su información médica para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, podemos utilizarla y divulgarla para los siguientes propósitos:

Directorio de centros: A menos que nos notifique que se opone, la siguiente información médica sobre usted se incluirá en los directorios de nuestros centros: su nombre, su ubicación en nuestro centro, su afección descrita en términos generales, su afiliación religiosa, si la hubiera. Podemos divulgar esta información a miembros del clero o, a excepción de su afiliación religiosa, a otras personas que se comuniquen con nosotros y soliciten información sobre usted por su nombre.

Notificación: Utilizaremos y divulgaremos la información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención. Compartiremos información sobre su ubicación, estado general o fallecimiento. Si está presente, obtendremos su permiso, de ser posible, antes de compartir, o le daremos la oportunidad de negar el permiso. En caso de emergencia, y si no puede dar ni negar el permiso, compartiremos solo la información médica que sea directamente necesaria para su atención médica.

Ayuda en caso de desastres: Podemos compartir la información médica con una organización pública o privada o con una persona que pueda colaborar legalmente en los esfuerzos de socorro en caso de desastre.

Recaudación de fondos: Podemos proporcionar información médica a una de nuestras fundaciones afiliadas para recaudar fondos para que se comuniquen con usted con fines de recaudación de fondos. Limitaremos nuestro uso e intercambio de información a aquellos datos en los que se lo describa en términos generales, no personales, y las fechas de su atención médica. En cualquier material de recaudación de fondos, le proporcionaremos una descripción de cómo puede elegir no recibir comunicaciones futuras de recaudación de fondos.

Investigación en circunstancias limitadas: Podemos utilizar la información médica para fines de investigación en circunstancias limitadas cuando una junta de revisión que haya revisado la propuesta de investigación haya aprobado la investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información médica.

Director de funeraria, médico forense, examinador médico: Para ayudarles a cumplir con sus deberes, podemos compartir la información médica de una persona fallecida con un médico forense, examinador médico, director de funeraria o una organización de obtención de órganos.

Funciones gubernamentales especializadas: Sujeto a ciertos requisitos, podemos divulgar o utilizar información médica para el personal militar y veteranos, para actividades de seguridad nacional y de inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones de idoneidad médica para el Departamento de Estado, para instituciones correccionales y otras situaciones de custodia de las fuerzas

del orden y para programas gubernamentales que proporcionan beneficios públicos.

Resoluciones judiciales y procedimientos judiciales y administrativos: Podemos divulgar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de obtención de pruebas u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, una orden de arresto o una citación de un gran jurado, podemos compartir su información médica con los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley. Podemos compartir información limitada con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley en relación con la información médica de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de un delito o persona desaparecida. Podemos compartir la información médica de un recluso u otra persona bajo custodia legal con un funcionario del orden público o una institución correccional en determinadas circunstancias.

(Las reglas descritas en este párrafo entran en vigencia el 16 de febrero de 2026). Si recibimos registros de trastornos por abuso de sustancias creados por un programa o proveedor de atención médica con asistencia federal conforme a la Parte 2 del Título 42 del CFR, no podremos utilizar ni divulgar dichos registros, o testimonios que transmitan el contenido de esos registros, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que nos basemos en su consentimiento específico por escrito o en una orden judicial. Solo podemos utilizar o divulgar registros en función de una orden judicial después de: (1) que se le proporcione a usted o al titular del registro un aviso y la oportunidad de que lo escuchen, cuando así lo exija la Parte 2 del Título 42 del CFR; y (2) la orden judicial vaya acompañada de una citación u otro requisito legal similar que obligue a la divulgación.

Actividades de salud pública: Según lo exija la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades judiciales o de salud pública a cargo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluidos el maltrato o negligencia infantil. También podemos divulgar su información médica a personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos con el fin de informar sobre eventos adversos asociados con defectos o problemas de productos, para permitir retiros, reparaciones o reemplazos de productos, realizar un seguimiento de productos o llevar a cabo actividades requeridas por la Administración de Alimentos y Medicamentos. También podemos, cuando la ley nos autorice, notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo corre el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos utilizar y divulgar la información médica a las autoridades competentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos compartir su información médica si es necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otras personas. Podemos compartir información médica cuando sea necesario para ayudar a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley a capturar a una persona que admitió ser parte de un delito o que escapó de la custodia legal.

Indemnización por accidente de trabajo: Podemos divulgar información médica cuando tengamos la autorización para hacerlo o sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidentes de trabajo u otros programas similares.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos divulgar la información médica a una agencia que proporciona supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, que incluyen auditorías, investigaciones o procedimientos civiles, administrativos o penales, inspecciones, licencias o medidas disciplinarias u otras actividades autorizadas.

Cumplimiento de la ley: Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar información médica a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley. Estas circunstancias incluyen informes requeridos por ciertas leyes (como el informe de ciertos tipos de heridas), de conformidad con ciertas citaciones u órdenes judiciales, informes de información limitada sobre identificación y ubicación a solicitud de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley, informes sobre presuntas víctimas de delitos a solicitud de un funcionario encargado del

cumplimiento de la ley, informes de muertes, delitos en nuestras instalaciones y delitos en situaciones de emergencia.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar y divulgar la información médica para enviarle postales de citas o para recordarle de algún otro modo sus citas.

Servicios médicos alternativos y adicionales: Podemos utilizar y divulgar la información médica para proporcionarle información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés y para describir o recomendar alternativas de tratamiento.

4. Sus derechos individuales

Tiene derecho a lo siguiente:

1. Mirar u obtener copias de ciertas partes de su información médica. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no nos resulte práctico. Debe presentar la solicitud por escrito. Para obtener el formulario para solicitar acceso, utilice la información de contacto que figura al final de este aviso. Otra forma de solicitar acceso es enviar una carta a la persona de contacto que figura al final de este aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$ 0 por cada página y el franqueo si desea que se las envíen por correo. Comuníquese con nosotros por medio de la información que figura al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.
2. Recibir una lista de todas las veces que nosotros o nuestros socios comerciales compartimos su información médica con fines distintos al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y otras excepciones especificadas.
3. Solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de su información médica. No tenemos la obligación de aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia).
4. Solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por diferentes medios o en diferentes ubicaciones. Su solicitud de que le comuniquemos su información médica por diferentes medios o en diferentes ubicaciones debe hacerse por escrito a la persona de contacto que figura al final de este aviso.
5. Solicitar que cambiemos ciertas partes de su información médica. Podemos denegar la solicitud si no creamos la información que desea cambiar o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información que desea cambiar. Si aceptamos su solicitud de cambiar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otras personas, incluidas aquellas a quienes usted nombra, del cambio e incluir los cambios en cualquier intercambio futuro de esa información.
6. Si recibió este aviso en formato electrónico y desea obtener una copia impresa, tiene derecho a hacerlo; para ello, presente una solicitud por escrito a la persona de contacto que figura al final de este aviso.

Preguntas y quejas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede comunicarse con nosotros para presentar una carta de queja o solicitudes que se relacionen con cualquiera de sus derechos según la Sección 4 de este aviso, por escrito a la siguiente dirección:

La dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos se encuentra a continuación. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja.

Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Acuse de recibo de las prácticas de privacidad

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad y se me ha dado la oportunidad de revisarlo.

Impreso y entregado al paciente: (iniciales del personal) _____

El paciente rechazó una copia en este momento: (iniciales del personal) _____



Autorización para divulgar información médica protegida

Autorizo a Foothill Vascular Center a divulgar la **información médica protegida (Protected Health Information, PHI)** que se describe a continuación I

[Nombre de la persona o entidad]

[Persona o entidad adicional]

(_____)_____
[Número de teléfono]

1. La presente autorización cubre los siguientes períodos:

☐ _____ a _____
[Insertar fechas]

☐ **Todos los períodos pasados, presentes y futuros**

- a. ☐ Autorizo la divulgación de **toda mi PHI durante el período mencionado con anterioridad** (que puede incluir información sobre atención para la salud mental, enfermedades contagiosas, VIH o SIDA y tratamiento por abuso de alcohol o sustancias).

O BIEN

- b. ☐ Autorizo la divulgación de **toda mi PHI durante el período mencionado con anterioridad, excepto en los casos que se indican a continuación:**

☐ No divulgar registros de salud mental

☐ No divulgar registros de enfermedades contagiosas (incluidos VIH y SIDA)

☐ No divulgar registros de tratamiento por abuso de alcohol/sustancias

☐ No divulgar otros registros (identifique): _____

2. El propósito de esta autorización es el siguiente: ☐ Atención continua ☐ Seguro/Discapacidad

☐ Litigio ☐ Motivos personales ☐ Otro _____.

3. La presente autorización tendrá vigencia hasta el _____, momento en el cual esta autorización caducará.
[Fecha o evento]

4. Comprendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento; para ello, debo presentar una solicitud por escrito a la Entidad cubierta, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de ella.

5. Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado a que firme esta Autorización.

6. Comprendo que el destinatario puede dar a conocer la información divulgada en virtud de esta Autorización y que, en tal caso, ya no estará protegida por las leyes federales o estatales.

Firma del paciente

Firma de otra persona legalmente responsable

Relación