



Aviso de prácticas de privacidad

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE USAR Y DAR A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LEA CON ATENCIÓN.

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2017

A. PROPÓSITO DE ESTE AVISO.

Oregon Health & Science University ("OHSU", Universidad de Ciencias de la Salud de Oregon) se compromete a preservar la privacidad de su información médica. De hecho, estamos obligados por ley a hacerlo con toda información médica que creemos o recibamos. OHSU tiene la obligación de proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso"). Este Aviso le indica cómo podemos y no podemos usar y divulgar la información médica que nos ha dado o que hemos obtenido sobre usted mientras era paciente en nuestro sistema. También trata sobre sus derechos y nuestros deberes legales relacionados con su información médica.

OHSU debe cumplir con este Aviso y cualquier cambio futuro que se realice al Aviso que se nos requiera o se nos autorice a hacer por ley en todas las ubicaciones de OHSU, incluidas las facultades de Odontología, Medicina, Enfermería y Ciencias e Ingeniería; OHSU Hospital y Doernbecher Children's Hospital, numerosas clínicas de atención primaria y especializadas; múltiples instituciones y centros de investigación, y varios programas de difusión y servicios comunitarios. Este Aviso se aplica a las prácticas de las siguientes personas:

- Todos los empleados de OHSU, voluntarios, estudiantes, residentes y proveedores de servicios, incluidos los médicos clínicos que tienen acceso a la información médica.
- Los profesionales de atención médica autorizados a ingresar información en su registro médico de OHSU.
- Los médicos clínicos que no pertenezcan a OHSU y que podrían de otro modo tener acceso a su información médica creada o mantenida por OHSU, por ejemplo, como consecuencia de haber estado de guardia en reemplazo de los médicos clínicos de OHSU.

Para el resto de este Aviso, "OHSU", "nosotros" y "nuestro" harán referencia a todos los servicios, las áreas de servicio y los trabajadores de OHSU. Cuando usamos las palabras "su información médica", nos referimos a cualquier información que nos haya entregado acerca de usted y de su salud, así como también a la información que hemos recibido mientras estábamos a cargo de su atención (incluida la información médica entregada a OHSU por aquellos externos a OHSU).

Contaremos con una copia del Aviso actual con fecha de entrada en vigencia, en las ubicaciones clínicas y en nuestro sitio web en <http://www.ohsu.edu/xd/about/services/integrity/ips/npp.cfm>.

B. USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTOS, PAGOS Y ACTIVIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA EN OHSU.

1. Tratamientos, pagos y actividades de atención médica.

La siguiente sección describe las distintas maneras en las que usamos y divulgamos la información médica para tratamientos, pagos y actividades de atención médica. Para cada una de estas categorías, explicamos lo que queremos decir y damos uno o más ejemplos. No se describirán todos los usos o las divulgaciones y es posible que existan divulgaciones incidentales que son un subproducto de los usos y las divulgaciones mencionados. La forma en la que usemos y divulguemos la información médica caerá dentro de una categoría.

a. Para tratamiento. Es posible que usemos su información médica para proporcionarle servicios o tratamientos médicos o dentales. Es posible que divulguemos su información médica a médicos en plantilla, dentistas en plantilla, colegas postgraduados, matronas o enfermeros practicantes y otro tipo de personal involucrado en su atención médica. Es posible que también divulguemos su información médica a estudiantes y médicos residentes que, como parte de sus programas educacionales de OHSU (y bajo la supervisión de médicos o dentistas), estén involucrados en su atención. El tratamiento incluye (a) actividades realizadas por enfermeros, personal del consultorio, personal del hospital, técnicos y otros tipos de profesionales de atención médica que le proporcionen atención a usted o que coordinen o manejen su atención con terceros; (b) consultas a proveedores de OHSU y otros proveedores de atención médica y entre estos, y (c) actividades de proveedores que no pertenecen a OHSU u otros proveedores que cubran una práctica de OHSU por teléfono o que trabajen como proveedores de guardia.

Por ejemplo, es posible que un médico o un dentista que lo trate por una infección necesite saber si usted tiene otros problemas de salud que pudieran complicar su tratamiento. Es posible que ese proveedor use su historia clínica para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted. Es posible que también le comente a otro proveedor acerca de su enfermedad para que pueda decidirse el mejor tratamiento para usted.

b. Para pago. Es posible que usemos y divulguemos su información médica para que facturemos y cobremos a usted, su compañía de seguros o a alguien más el pago por los servicios de atención médica que haya recibido de OHSU. Es posible que también le informemos a su plan de salud acerca del tratamiento que recibirá para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan pagará el tratamiento.

Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información acerca de una cirugía a la cual fue sometido en OHSU para que su plan de salud nos pague a nosotros o le reembolse a usted los gastos por dicha intervención.

c. Para actividades de atención médica.

Es posible que usemos y divulguemos su información médica a fin de ejecutar las funciones administrativas, educacionales, de control de calidad y comerciales necesarias en OHSU. Por ejemplo, es posible que usemos su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal al cuidar de usted. Es posible que también usemos información médica de los pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debíamos ofrecer, cómo podemos mejorar la eficiencia o si ciertos tratamientos son eficaces. O es posible que entreguemos información médica a médicos, enfermeros, técnicos o estudiantes de la profesión médica para revisiones, análisis u otros propósitos de enseñanza y aprendizaje.



2. Actividades de recaudación de fondos. Como parte de nuestras actividades de atención médica en OHSU, es posible que usemos y divulguemos una cantidad limitada de información médica internamente o a OHSU Foundation (Fundación OHSU) y Doernbecher Children's Hospital Foundation (Fundación de Doernbecher Children's Hospital) (en conjunto, "Fundaciones") a fin de permitirles que se comuniquen con usted con el objeto de recaudar fondos para OHSU. La información médica divulgada para estos propósitos de recaudación de fondos puede incluir su nombre, dirección, otra información de contacto, sexo, edad, fecha de nacimiento, fechas en las que recibió servicios, estado de su seguro médico, el resultado de su tratamiento en OHSU y el nombre de su médico tratante y el departamento en OHSU. Las comunicaciones para recaudación de fondos que reciba de OHSU o sus Fundaciones incluirá información sobre cómo puede elegir no recibir más comunicaciones para recaudación de fondos de parte de OHSU.

3. Usos y divulgaciones que puede limitar.

a. Directorio del hospital. A menos que nos notifique que se opone, es posible que incluyamos cierta información acerca de usted en el directorio del hospital a fin de responder a preguntas de amigos, familiares, clero y otros que pregunten acerca de usted mientras sea paciente del hospital. Específicamente, es posible que su nombre, ubicación dentro del hospital y su condición general (por ejemplo, bien, aceptable, grave, crítica, etc.) sean divulgados a personas que pregunten por usted diciendo su nombre. Además, es posible que revelemos su afiliación religiosa a miembros del clero, como un sacerdote o un rabino, incluso, si no preguntan por usted diciendo su nombre.

b. Familiares y amigos. A menos que nos notifique que se opone, es posible que entreguemos su información médica a individuos, como familiares y amigos, que estén involucrados en su atención o que puedan ayudar a pagar por su atención. Podemos hacer esto si nos autoriza a hacerlo o si tiene conocimiento de que estamos compartiendo su información médica con estas personas y no nos lo impide. También es posible que haya circunstancias en las que podamos asumir, según nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, es posible que asumamos que usted está de acuerdo con la divulgación de información a su cónyuge si este ingresa con usted a la sala de examinación durante el tratamiento.

Además, si usted no es capaz de aprobar las divulgaciones ni oponerse a ellas, es posible que se las hagamos a un individuo en particular (como un familiar o amigo), cuando creamos que dichas divulgaciones sean las más conveniente para usted y se relacionen con la participación de esa persona en su atención. Por ejemplo, podemos decirle a alguien que lo acompaña a la sala de emergencias que usted ha sufrido un ataque cardíaco e informarle novedades acerca de su condición. Es posible que también hagamos juicios profesionales similares acerca de su conveniencia que permitan que otra persona reciba cosas como los medicamentos recetados, los suministros médicos y las radiografías.

C. OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PERMITIDOS.

Es posible que usemos o divulguemos su información médica sin su permiso en las siguientes circunstancias, sujetas a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:

1. Mandato por ley: según lo requiera la ley federal, estatal o local.

2. Actividades de salud pública: por motivos de salud pública, a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o para informar acerca de nacimientos, defunciones, sospechas de abuso o abandono, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos, vacunas escolares en ciertas circunstancias o problemas con productos.

3. Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a autoridades gubernamentales autorizadas por ley a recibir denuncias de abuso, abandono o violencia doméstica, si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica y se conjugan otros criterios.

4. Actividades de supervisión de la salud: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a una agencia de supervisión de la salud para propósitos de auditoría, investigación, inspección, licencia o, según sea necesario, para ciertas agencias del gobierno a fin de supervisar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.

5. Demandas y disputas: en respuesta a una citación, pedido de presentación de pruebas u orden judicial o administrativa si se conjugan ciertos criterios.

6. Seguridad pública: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a funcionarios de seguridad pública para propósitos de seguridad pública según lo exige la ley, en respuesta a una orden judicial, citación, mandamiento, orden de comparecencia o un proceso similar; para propósitos de identificación y localización si se lo solicita; para responder a una solicitud de información sobre una víctima de delito real o sospechada; para denunciar un delito en una emergencia; para denunciar un delito en las instalaciones de OHSU, o para informar una muerte si se sospecha que es producto de conductas delictivas.

7. Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a un juez de instrucción o médico forense (según sea necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte) o a un director de funeraria, según sea necesario, para permitirle realizar sus actividades.

8. Donación de órganos y tejidos: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante.

9. Investigación: para propósitos de investigación bajo ciertas circunstancias limitadas. Los proyectos de investigación se encuentran sujetos a un proceso de aprobación especial. Por lo tanto, no usaremos ni divulgaremos la información médica para propósitos de investigación hasta que el proyecto de investigación particular, para el cual se use o divulgue su información médica, haya sido aprobado a través de este proceso de aprobación especial.

10. Riesgo grave para la salud o la seguridad; socorro en caso de desastre: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a las organizaciones/individuos apropiados cuando sea necesario (i) para prevenir un riesgo grave para su salud y seguridad o las del público o de otra persona, o (ii) para notificar a sus familiares o a personas responsables por usted en una tarea de socorro en caso de desastre.

11. Militares: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a autoridades militares nacionales o extranjeras con el fin de garantizar la ejecución adecuada de misiones militares si se conjugan criterios obligatorios.



12. Seguridad nacional; actividades de inteligencia; servicio de

protección: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a los funcionarios federales para actividades de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional que autorice la ley, entre ellas, las actividades relacionadas con la protección del presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o personas relacionadas con el desarrollo de investigaciones especiales.

13. Internos: cuando el uso o la divulgación están dirigidos a una institución correccional (si usted es un interno) o a un funcionario de seguridad pública (si usted está bajo custodia de esa persona) según sea necesario (a) para proporcionarle atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad o la de otras personas, o (c) para la seguridad de la institución correccional.

14. Indemnizaciones laborales: según sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con las indemnizaciones laborales o los programas similares de lesiones relacionadas con el trabajo.

D. CUANDO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN ESCRITA.

Excepto para los propósitos identificados anteriormente en las secciones B y C, no usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún propósito, a menos que usted nos entregue una autorización específica por escrito para hacerlo. Las circunstancias especiales que exigen una autorización incluyen la mayoría de los usos y las divulgaciones de sus comentarios de psicoterapia; ciertas divulgaciones de sus resultados de pruebas para el virus de inmunodeficiencia humana o VIH; los usos y las divulgaciones de su información médica para propósitos de marketing que lo alienten a comprar un producto o servicio, y para la venta de su información médica con algunas excepciones. Si nos entrega la autorización, puede retirar esta autorización escrita en cualquier momento. Para retirar la autorización, entregue o envíe por fax una revocación escrita a OHSU Health Information Management, Mail Code OP17A, 3181 S.W. Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239; fax: 503-494-6970. Si revoca su autorización, no usaremos ni divulgaremos más su información médica según lo permitiera la autorización escrita, excepto en la medida en que ya hayamos usado o divulgado la información de acuerdo con su autorización.

E. SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Usted tiene ciertos derechos respecto a su información médica, los que se indican a continuación. En cada uno de estos casos, si desea ejercer sus derechos, debe hacerlo por escrito al completar un formulario que puede obtener en OHSU Information Privacy and Security Office, Mail Code ITG09, 3181 S.W. Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239 o por Internet en <http://www.ohsu.edu/xd/about/services/integrity/policies/ips-policies-hip-aforms.cfm#results>. En algunos casos, es posible que le cobremos los costos de proporcionarle los materiales. Puede obtener información acerca de cómo ejercer sus derechos y de todos los costos que podemos cobrarle por los materiales comunicándose con OHSU Information Privacy and Security Office al 503-494-0219.

1. Derecho a revisar y obtener copias. Con algunas excepciones, usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información médica que usamos para tomar decisiones acerca de su atención. Para la porción de su registro médico que mantenemos en nuestro registro médico electrónico, puede solicitar que le brindemos esa información en un formato electrónico. Si lo solicita, tenemos la obligación de proporcionarle electrónicamente esa información (a menos que deneguemos su solicitud por otros motivos). Tenemos la facultad de negarle la solicitud de revisar y/u obtener copias en ciertas circunstancias limitadas y, si así lo hiciéramos, usted puede pedir que se revise la negación.

2. Derecho a hacer modificaciones. Tiene derecho a modificar la información médica mantenida por parte de OHSU o para OHSU o

que OHSU usa para tomar decisiones acerca de usted. Exigiremos que dé un motivo para hacer la solicitud y tenemos la facultad de negarle la solicitud de modificación si la solicitud no se entrega debidamente o si nos solicita que modifiquemos información que (a) no creamos, (a menos que la fuente de información ya no esté disponible para realizar la modificación); (b) no sea parte de la información médica que mantenemos; (c) sea de un tipo tal que no se le permita revisarla ni obtener copias de esta o (d) sea exacta y completa.

3. Derecho a solicitar un informe de divulgaciones realizadas.

Tiene el derecho de solicitar una lista y las descripciones de ciertas divulgaciones de su información médica por parte de OHSU.

4. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted (a) para tratamientos, pagos o actividades de atención médica; (b) para alguna persona que participe en su atención o en el pago de ella, como un familiar o amigo, o (c) para un plan médico con propósitos de pago u actividades de atención médica cuando usted o alguien en su nombre (que no sea el plan médico) haya realizado un desembolso directo por el total del artículo o servicio a OHSU. Por ejemplo, podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la cual se sometió, un análisis de laboratorio solicitado o un dispositivo médico recetado para su atención. Excepto por la solicitud indicada en 4(c) anteriormente, no tenemos la obligación de aceptar su solicitud. Siempre que OHSU acepte aplicar dicha restricción, esta debe hacerse por escrito y debe llevar la firma del responsable de privacidad de OHSU o la persona designada.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de cierta manera o en un lugar determinado. OHSU contemplará las solicitudes razonables. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo en el trabajo o por correo.

6. Derecho a recibir una copia en papel de este Aviso. Tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso, sea o no que anteriormente haya aceptado recibir este Aviso electrónicamente.

7. Derecho a recibir una notificación en caso de infracción.

Tiene el derecho a recibir una notificación en caso de una infracción (un peligro para la seguridad o la privacidad de su información médica) por la cual su información médica se encuentra insegura. OHSU debe enviarle una notificación dentro de los 60 días del descubrimiento de la infracción.

F. REVISIONES DE ESTE AVISO.

Tenemos derecho a cambiar este Aviso y a poner en vigencia el Aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos acerca de usted, así como también cualquier información que podamos recibir en el futuro. Excepto cuando lo exija la ley, no se debe implementar un cambio sustancial a cualquier término del Aviso antes de la fecha de entrada en vigencia del Aviso en el que se refleja el cambio sustancial. OHSU publicará el Aviso revisado en las ubicaciones clínicas de OHSU y en su sitio web. Además, le proporcionará una copia del aviso revisado a pedido.

G. PREGUNTAS O QUEJAS

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con OHSU al **503-494-8311**. Si cree que sus derechos a la privacidad se han violado, puede presentar una queja a OHSU o a Secretary of the Department of Health and Human Services (Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos). Para presentar una queja a OHSU, comuníquese con OHSU al **503-494-8311**. No será sancionado por presentar una queja.



Este Aviso le indica cómo podemos usar y compartir información médica sobre usted. Si desea obtener una copia de este Aviso, solicítela a su proveedor de atención médica.

Comunicación y Cuidado Integral del

Paciente

OHSU ESTÁ COMPROMETIDO A PROPORCIONAR CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE.

OHSU cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales aplicables y no discrimina, excluye a las personas o las trata de manera diferente en base de:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Edad
- Discapacidad; o
- Sexo.

ESTAMOS ENCANTADOS DE AYUDARLE CON EL ACCESO A LA COMUNICACIÓN CONTRA EL SIDA Y EL IDIOMA.

OHSU proporciona ayudas y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como:

- Intérpretes calificados del lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

OHSU también proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la oficina de su proveedor de atención médica. Ellos harán los arreglos de servicios lingüísticos para usted. OHSU ofrece servicios lingüísticos gratuitos en más de 120 idiomas.

ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARLE CON SUS PREOCUPACIONES.

Si usted cree que OHSU no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de otra manera en base a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito al Patient Advocate at the Patient Relations Office, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Código de Correo: UHS-3, Portland OR 97239, Teléfono: 503-494-7959, Fax: 503-494-3495, Correo Electrónico: advocate@ohsu.edu. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Defensor del Paciente está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

NOTIFICACIÓN DE SERVICIOS LINGÜÍSTICOS: TRADUCCIONES PARA LOS IDIOMAS MÁS HABLADOS EN OREGON.

Los servicios de asistencia lingüística (en persona, por teléfono o por video en directo) están disponibles gratuitamente bajo petición. Por favor, informe al personal de la oficina de su proveedor que necesita servicios lingüísticos para su visita.

English

If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call your care provider's office and they are happy to make the language services arrangements for you. language services arrangements for you.

Español (Spanish)

Si usted habla español, contamos con servicios de asistencia de idiomas, sin costo, disponibles para usted. Si necesita estos servicios, comuníquese al consultorio de su proveedor de atención médica. Ellos gustosamente coordinarán los servicios de idiomas para usted.

Tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn dành cho bạn. Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên lạc văn phòng của bác sĩ chăm sóc của bạn. Họ sẽ sẵn sàng thu xếp các dịch vụ ngôn ngữ cho bạn.

中文 (Chinese-Simplified)

如果您说中文，可为您提供免费的语言援助服务。如果您需要这些服务，请联系您保健提供者的办公室。他们将乐意为您安排语言服务。

Русский (Russian)

Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Если вам требуются такие услуги, обратитесь в офис своего поставщика медицинских услуг. Сотрудники с радостью предоставят вам переводчика!

한국어 (Korean)

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이 서비스가 필요하시면 귀하의 의료 제공자 사무실에 연락하십시오. 귀하를 위해 기꺼이 언어 서비스를 준비해드릴 것입니다.

Українська (Ukrainian)

Якщо ви розмовляєте українською мовою, послуги мовної допомоги доступні для вас безкоштовно. Якщо вам потрібні ці послуги, зв'яжіться з офісом вашого постачальника послуг. Вони будуть раді надати вам послуги мовної допомоги.



Français (French)

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique gratuits sont à votre disposition. Si vous nécessitez ces services, contactez le cabinet de votre prestataire de soins. Ils se feront un plaisir d'organiser ces services linguistiques pour vous.

ไทย (Thai)

หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่ค่าใช้จ่าย หากท่านต้องการใช้บริการดังกล่าว โปรดติดต่อสำนักงานผู้ให้บริการดูแล ซึ่งพร้อมที่จะจัดหาบริการทางด้านภาษาให้แก่นักท่าน

មន-ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)

បុរសិនបីលាក់អ្នកនិយាយភាសា មន-ខ្មែរ, ភាសាខ្មែរ នា៖សរោជន្តយជន្តកែភាសាមានជួតល់ជួនលាក់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ បុរសិនបីលាក់អ្នកគ្រូរការសំរោទំនុះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ការិយាល័យអ្នកជួតល់ការថ្ងៃរបស់លាក់អ្នក។ ពួកគេពេញចិត្តកាន់ការរៀបចំសរោជន្តកែភាសាជុំសំរេងៗសម្បូរលាក់អ្នក។

Oroomiffa (Oromo)

Afaan Kuush (Oromoo) , dubbattu yoo ta'e, tajaajilliwwan deeggarsa afaanii, kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jiraatu.Tajaalilawwan kanneen ni barbaaddu yoo ta'e , wajjira dhiyeessaa deeggarsa keessanii qunnamaa. Isaan gammachuudhaan tajaajilawwan afaanii isiniif mijeessu.

Deutsch (German)

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Wenn Sie diese Dienste in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte an das Büro Ihres Leistungserbringers. Dort wird man die Sprachassistentendienste gerne für Sie arrangieren.

فارسی (Farsi)

اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شما خواهد بود. اگر به این سرویس ها نیاز دارید، با دفتر ارائه دهنده خدمات تماس بگیرید. آنها حتماً مقدمات لازم را برای دسترسی به سرویس های زبانی در اختیارتان قرار می دهند.

Română (Romanian)

Dacă vorbiți română, puteți beneficia de asistență lingvistică gratuită. Dacă aveți nevoie de astfel de servicii, luați legătura cu biroul furnizorului dvs. de servicii medicale. Reprezentantii acestuia vă vor ajuta cu plăcere să beneficiați de asistență lingvistică.

日本語 (Japanese)

あなたの母語が日本語であれば、言語サポートサービスを無料にてご用意しています。サービスをご希望の場合には、あなたのケアプロバイダー事務所までご連絡ください。喜んで言語サポートサービスの手配をいたします。

العربية (Arabic)

إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. إذا كنت تحتاج إلى هذه الخدمات، فاتصل بمكتب مقدم الرعاية الخاص بك. سيكون الموظفون هناك سعداء بإجراء الترتيبات المتعلقة بالخدمات اللغوية من أجلك.



Términos y Condiciones del Servicio

TC-OP 1413 effective 4/13

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA: Solicito y estoy de acuerdo con recibir todos los servicios proporcionados por los profesionales de atención médica autorizados para brindarme cuidados en OHSU. Comprendo que estos servicios pueden incluir:

- Servicios proporcionados bajo la supervisión, dirección o instrucción de médicos supervisores y otros profesionales de atención médica.
- Procedimientos de rutina para diagnóstico.
- Tratamientos y procedimientos adicionales o relacionados que mis proveedores de OHSU determinen como necesarios y para mi beneficio.

También comprendo que:

- Pueden haber riesgos y alternativas a un tratamiento o procedimiento particular que mi proveedor de atención médica recomiende o recete.
- Mi proveedor de atención médica podría explicar y discutir conmigo ciertos tratamientos o procedimientos. Es probable que sea necesario que él o ella tenga que solicitar mi consentimiento antes de realizarlos.
- Es importante hacer preguntas o pedir más información acerca de la atención o tratamiento que yo pueda recibir en OHSU.

Comprendo que la práctica de la medicina, cirugía y odontología no es una ciencia exacta. No he recibido ninguna promesa o garantía de los resultados que pueda esperar de mi atención en OHSU.

ENSEÑANZA/INVESTIGACIÓN: OHSU es un centro de investigación académica y todas las investigaciones con seres humanos son sometidas a un proceso de evaluación ética. Comprendo que los profesionales de atención médica y los investigadores clínicos de OHSU se pueden poner en contacto conmigo para preguntarme si quiero participar voluntariamente en proyectos de investigación educativa o clínica que requieren consentimiento.

Comprendo que OHSU es una institución para la enseñanza y los profesionales supervisores del personal dirigen la atención proporcionada en OHSU. Como parte de los programas y actividades educativas de OHSU, los estudiantes, médicos residentes, becarios de postgrado u otras personas involucradas en programas educativos de atención médica de pre y post grado pueden observar y/o participar en la atención o procedimientos que yo reciba en OHSU.

Comprendo que puedo rehusarme a participar en programas y actividades educativas y que mi negación no afectará mi atención en OHSU.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

ACUERDO FINANCIERO: Si tengo seguro médico, entiendo que los términos del mismo o de mi(s) plan(es) de beneficios médicos pueden reducir, limitar o controlar lo que debo pagar a OHSU por los servicios recibidos en OHSU. Ya sea que tenga seguro médico o no, estoy de acuerdo con ser financieramente responsable y pagar por los servicios que OHSU me proporcionen si los servicios no son cubiertos o pagados en su totalidad por el seguro y la ley permite que OHSU me cobren la cantidad debida. También estoy de acuerdo con pagar a OHSU los costos de cobro razonables si no pago a tiempo las cantidades de las que soy responsable de pagar. Estos costos de cobro pueden incluir honorarios de abogado razonables ya sea que se haya tomado o apelado una acción legal o no.

ASIGNACIÓN: Asigno a OHSU y/o a OHSU Medical Group el derecho a recibir pagos de beneficios directamente de mi seguro médico o plan de salud por reembolso de los servicios de hospital, médicos y otros servicios que reciba en OHSU. Comprendo que este acuerdo es final.

Autorizo a mi seguro médico y planes de salud para que hagan pagos directos a OHSU, OHSU Hospital, Faculty Practice Plan, Faculty Dental Practice, u otros servicios de cobro profesionales relacionados. Comprendo que los pagos de mi seguro médico o planes de salud por servicios que me sean proporcionados en OHSU se aplicarán al saldo de mi cuenta como paciente y responsabilidad financiera total. Estoy de acuerdo con pagar dentro de los 30 días siguientes a la notificación de OHSU sobre cualquier cargo que yo deba y no sea cubierto o pagado por los seguros.



PROGRAMAS DEL SEGURO SOCIAL: Certifico que la información que proporcioné cuando solicité Medicare y/o beneficios Medicaid (y pago bajo los títulos V, XVIII, o XIX de la Ley del Seguro Social) es correcta. Si estos beneficios terminan, comprendo que seré notificado y entonces seré responsable de pagar por la atención de hospital si escojo seguir en el hospital y/o continuar recibiendo servicios. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre directamente al proveedor. Si no me he inscrito a cualquier beneficio de Medicare y/o de Medicaid (y pagos bajos los títulos V, XVIII, o XIX de la Ley del Seguro Social), estoy de acuerdo de que si lo hago, o cuando lo haga, proporcionaré la información correcta y este párrafo se aplicará a mi persona en ese momento.

OTROS DATOS

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Comprendo que OHSU recopilar información administrativa y no médica del paciente incluyendo números del Seguro Social para identificar pacientes, cumplir con los requerimientos de reporte federales y estatales, cobrar a las compañías de seguros y coleccionar pagos, según lo autorizado por ORS 351.070 y 353.050. Entiendo que no tengo que darle a OHSU mi número de Seguro Social. Si proporciono esta información, autorizo a OHSU a que la utilice solamente para los propósitos arriba indicados.

RECLAMOS: Entiendo que cada persona es responsable de estar informada sobre las leyes que le afectan. También entiendo, sin embargo, que OHSU desea informarme sobre una limitante en la ley que se relaciona con OHSU: Debido a que OHSU es un organismo público, la ley de Oregon puede limitar la cantidad en dólares que una persona puede recuperar de OHSU o sus proveedores de atención por un reclamo relacionado con atención prestada en OHSU, y el tiempo dentro del cual una persona puede presentar un reclamo. Si tengo alguna pregunta al respecto, entiendo que soy libre de hacerla o buscar asesoría de una fuente o persona independiente.

COMUNICACIÓN TELEFONICA: Al firmar este documento, le doy consentimiento expreso a OHSU, sus filiales, agentes y contratistas para ponerse en contacto conmigo por medio de un marcador automático, recados grabados, operadora en vivo, y otros medios a cualquier número telefónico o información para contactarme para cualquier otro aparato de comunicación que yo proporcione para mi tratamiento, pago y otros propósitos de operaciones para la atención médica, tal como esos términos están definidos en 45 CFR 164.501 siempre que dicho contacto cumpla con las leyes correspondientes.

La siguiente información es específica para los Hospitales OHSU:

ARTÍCULOS PERSONALES: Estoy de acuerdo con que OHSU no es responsable de la pérdida o daño de los artículos personales que yo ingrese a OHSU.

RECEPCIÓN DE "UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE". Si No



FDP Información y Acuerdo del Paciente

Effective 9/2017

Información al Paciente:

1. **Conducta:** Todos los pacientes deben acordar en comportarse de manera cortés y respetuosa. No toleramos el comportamiento inapropiado de pacientes o visitantes.
2. **Expedientes:** El paciente o padre/guardián puede solicitar copias del expediente clínico, incluyendo radiografías, llenando el formulario apropiado y pagando un cargo de procesamiento. Este proceso toma de 1-3 semanas.
3. **Disponibilidad del Paciente:** Durante el transcurso del tratamiento, el paciente debe estar disponible para citas dependiendo del horario del proveedor dental y la clínica.
4. **Normas de Cancelación de Citas:** La Práctica de la Facultad Dental le mandará un recordatorio 2-3 días antes de su cita, por medio de correo electrónico o teléfono. El paciente es responsable de avisarnos con 48 horas de anticipación si desea cancelar o reprogramar su cita. Si no avisa de antemano un cargo de "No Show" por \$50.00 será añadido a su cuenta. Esto es para compensar el tiempo tomado en preparar el cuarto de tratamiento.
5. **Opciones de Pago:**
 - a. **Opción 1:** Para cualquier procedimiento que requiera más de dos citas, pague la mitad del costo del tratamiento (o la "porción del paciente" estimada si el resto será facturado al seguro dental) en la primera cita y la segunda parte en la última cita.
 - b. **Opción 2:** Pague la "porción del paciente" el día del servicio. Puede ser en efectivo, cheque, débito, American Express, Visa, Master Card, Discover or Care Credit.
6. **Balances sin pagar:** El pago se debe el mismo día que le dan servicio, a menos que haya un acuerdo por escrito de antemano. Todo balance facturado al paciente deberá ser pagado dentro de 30 días. Las cuentas no pagadas serán enviadas a una agencia de colección y se le cobrará un cargo de \$75.
7. **Seguros:** El seguro es un contrato entre el paciente y la agencia de seguros. La Facultad Dental no forma parte de este contrato. Si recibimos un estimado de su compañía de seguros, el paciente podrá pagar el co-pago estimado el día que recibe servicio. Como cortesía, se le mandará la factura del balance a la compañía de seguros. Si la compañía no paga dentro de 90 días o si queda un balance después de recibir el pago del seguro, el paciente es responsable de pagar este balance dentro de 30 días después de recibir el aviso que el seguro no paga.
8. **Animales:** Animales/Mascotas no son permitidos en el Hospital o Clínicas, con excepción de animales entrenados para asistir a las personas discapacitadas con sus actividades diarias (Animales de Asistencia). Un Animal de Asistencia que no esté entrenado, bien y cuidado y no se comporte bien será restringido o excluido del Hospital/Clínicas. Un Animal de Asistencia solo está permitido en áreas donde la presencia o uso del animal no pone en peligro la salud o seguridad de los pacientes del Hospital/Clínicas o requiera una modificación fundamental de servicios.



Acuerdo del Paciente:

1. Entiendo que los expedientes y materiales, incluyendo imágenes radiográficas pertinentes al tratamiento del paciente, son propiedad de la Escuela Dental de Oregon Health & Science University. La Escuela podría utilizar estos registros en reportes fotográficos o publicaciones científicas para el avance de la enseñanza dental. Si quiero copias de mi expediente, estoy de acuerdo en llenar el consentimiento apropiado, pagar la cuota de procesamiento y esperar de 1 a 3 semanas.
2. Estoy de acuerdo en avisar con 48 horas de anticipación si necesito reprogramar o cancelar mi cita. Si no aviso con suficiente tiempo, estoy de acuerdo en pagar un cargo de "No Show" de \$50.
3. Entiendo que todos los menores de edad deberán ser acompañados a todas las citas de exámenes o cirugías por el padre/guardián responsable.
4. Entiendo que durante el curso del tratamiento, se pueda determinar que el tratamiento adicional no está en mi mejor interés o en el mejor interés de mi proveedor dental, por lo tanto se podría discontinuar mi tratamiento.
5. Doy mi consentimiento a la adquisición, evaluación e interpretación de la información diagnóstica necesaria, incluyendo el cuestionario de salud, examen intra oral y extra oral, radiografías dentales, consultas con otros proveedores de salud y otros procedimientos diagnósticos que se consideren beneficiosos para la evaluación y diagnóstico del paciente.
6. Entiendo que es posible que durante mi cuidado dental en OHSU se tomen fotos para uso único de OHSU (de acuerdo a leyes estatales y federales). Las fotos serán utilizadas solamente para tratamiento, educación, reembolso, y/o ciertas actividades administrativas o comerciales que apoyen el cuidado recibido en OHSU
7. Entiendo que puedo recibir comunicación por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto u otros métodos.
8. Entiendo que se me cobrará un cargo de \$35 por todo cheque devuelto por falta de fondos. Entiendo que si es necesario mandar mi cuenta a una agencia de colección, estoy de acuerdo en pagar un cargo mínimo de \$75.
9. Entiendo que los cargos están en una lista de cargos usuales y que corresponden al tipo de tratamiento dental considerado por el supervisor de la facultad como necesario. Entiendo que estos cargos podrán ser actualizados dos veces al año, y soy responsable de pagar el costo actual.
10. Al firmar a continuación estoy de acuerdo en aceptar responsabilidad por todo balance pendiente después de pasarle la factura a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable por el pago de todo tratamiento que reciba a pesar de la cobertura de mi seguro. Doy mi autorización para divulgar cualquier información relacionada con mis reclamos dentales y autorizo el pago de los beneficios del seguro mío y/o de mis dependientes a la Escuela Dental de Oregon Health and Science University.



La declaración de los Derechos y Responsabilidades del Paciente es la siguiente:

Effective 9/17

Los estudiantes, profesores y el personal de la Escuela Dental se esfuerzan por ofrecer cuidado dental de alta calidad en un medio ambiente amistoso.

Todos nuestros pacientes tienen derecho a:

- Tratamiento continuo y completo que cumple con las normas profesionales de atención
- Una explicación clara de las recomendaciones y las opciones alternativas de tratamiento y la opción de rehusar tratamiento, los riesgos de no hacer nada, y el resultado esperado de varios tratamientos
- Información actualizada sobre su salud dental y el progreso del tratamiento
- Conocimiento de ante mano sobre el costo del tratamiento
- Tratamiento con respeto, consideración, y confidencialidad
- El derecho de hacer preguntas en cualquier momento acerca de su cuidado dental
- Acceso a un representante de pacientes para obtener asistencia
- Consentimiento informado antes de llevar a cabo cualquier procedimiento
- Confidencialidad en cuanto a condiciones médicas, salud bucal, y registros de pacientes

Como Paciente de la Escuela Dental de OHSU usted tiene la responsabilidad de:

- Ser respetuoso con otros pacientes y visitantes
- Evite usar lenguaje o comportamiento discriminatorio, profano, despectivo, o amenazante.
- Ser considerado y respetuoso con las personas que han sido asignadas a ayudarle. El personal o proveedores no le serán reasignados por motivos de raza, etnicidad, religión, género u otras características no relacionadas con su capacidad de proporcionar servicio o cuidado. Excepciones serán consideradas caso por caso.
- Proveer información exacta, honesta y completa acerca de su historial médico y dental la cual nos ayudará en su cuidado, incluyendo información acerca de los medicamentos y drogas que ha usado, enfermedades que ha tenido, lesiones o atención médica y dental que ha recibido, e información sobre el estado de su salud actual
- Participar en las decisiones sobre su salud bucal
- Preguntar cuando usted no entienda
- Seguir las instrucciones de su proveedor de salud bucal una vez que hayan acordado sobre la atención recomendada
- Aceptar las consecuencias que pueden surgir al no seguir el plan de tratamiento acordado.
- Estar disponible para las citas dependiendo del estudiante y los horarios de clínica
- Cancelar las citas por lo menos con 24 horas de anticipación si no puede asistir
- Ser financieramente responsable de toda atención recibida excepto por la asistencia financiera o social mencionada en el Formulario de Información al Paciente
- Notificar al servicio de administración de la Escuela Dental sobre cualquier cambio en su seguro dental o en la cobertura de asistencia social
- Compartir sus preocupaciones, y ofrecer sugerencias y cumplidos que nos ayudaran a brindar cuidado compasivo y de alta calidad



Al firmar a continuación:

- Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de OHSU y Derechos y Responsabilidades del Paciente.
- Reconozco que he leído, entiendo completamente y estoy de acuerdo con el Consentimiento de Términos y Condiciones de Servicio de OHSU.
- Reconozco que he leído y entiendo la Información y Acuerdo del Paciente de FDP. Estoy de acuerdo en seguir las normas y reglamentos de la Escuela Dental.
- Reconozco que puedo pedir copias de estos formularios.

Patient Name:

Chart:

Date:

Signature of Patient (If Applicable):