Westchester Institute *for* Human Development

Servicios de atención dental
PAQUETE DE INSCRIPCION

Bienvenido al Westchester Institute for Human Development (WIHD). El paquete de registro adjunto debe completarse antes de la primera cita del paciente.

Este paquete incluye:

PAPELEO WIHD	INFORMACION ADICIONAL REQUERIDA
Para completar, firmar y devolver: ❑ Formulario de inscripción ❑ Consentimiento para tratamiento y financiero ❑ Consentimiento para divulgar o intercambiar PHI ❑ Formulario de Solicitud para el Portal del Paciente de WIHD ❑ Consentimiento para HealtheConnections **Solo para información:** • Aviso de Prácticas de Privacidad • Declaración de derechos del paciente • Cancelaciónes y cita perdidos	**Para incluir con el papeleo WIHD:** ❑ Examen físico actual dentro de 1 año ❑ Lista de medicamentos ❑ Copia de TODAS las tarjetas de seguro del individuo (anverso y reverso) ❑ Documentos de Tutela (si es aplicable) **Solo para agencias:** ❑ Acuerdo que indica permiso para que la Agencia brinde servicios de salud† ❑ Acuerdo de agencia que autoriza a recibir revisar y divulgar información médica pertinente † ❑ Plan de vida del paciente (opcional pero preferido)

†*Requerido si un representante de la agencia firma todos los documentos en lugar de la firma del padre/tutor*

**** COMPLETE Y ENVÍE ESTE PAQUETE DE REGISTRO LO ANTES POSIBLE:**

Dental Department
Westchester Institute for Human Development
221 Cedarwood Hall
Valhalla, New York 10595
Phone: 914-493-8081 or 493-7232
Fax: 914-493-8184
Dental@wihd.org

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros.

Rev Oct 2021, Rev DEC 2021, Rev 3/2022, 10/2023, Rev 5/2023

Westchester Institute for Human Development

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

El día de hoy _____/_____/_____	CUENTA DE WIHD NO_____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente primero Medio	❑ Nuevo registro ❑ Actualización de registro	Idioma preferido	
Seguridad Social #	Raza/Etnicidad *(para informes del gobierno)* ❑ Blanco ❑ Negro/Afro Am ❑ Asiático ❑ Hispano/Latino ❑ Otro	Fecha de nacimiento / /	Edad / Sexo
Agencia residencial y casa (si corresponde)	Tel. ( )	Fax (si está disponible) ( )	
Dirección (Casa o Agencia residencial) Ciudad Estado Código postal			
Nombre de contacto de la agencia (si corresponde)	Dirección de correo electrónico	¿Comunicarse por correo electrónico? ☐ Yes ☐ No	
Nombre y dirección de la farmacia Dirección Ciudad Estado Código postal			
Proveedor de atención primaria	Teléfono no.	Proveedor de cuidado dental	Teléfono no.

*** Si es un registro nuevo, indique el servicio solicitado:** _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/TUTOR

Nombre del padre/madre/tutor/padre adoptivo (1)	Relación con el paciente	Teléfono del domicilio ()	Número de teléfono del trabajo ()
Dirección Ciudad Estado Código postal			
Dirección de correo electrónico	Nombre de soltera de la madre (si corresponde)		
Nombre del padre/madre/tutor/padre adoptivo (2)	Relación con el paciente	Teléfono del domicilio ( )	Número de teléfono del trabajo ( )
Dirección Ciudad Estado Código postal			
Dirección de correo electrónico	Método de contacto preferido		

*****INFORMACIÓN REQUERIDA*****

¿Tiene el paciente un poder de atención médica u otra forma de una directiva anticipada (MOLST, Testamento vital, DNR)?
(mayores de 18 años) ❑ Si ❑ No

Si es así, ¿WIHD tiene una copia? (requerida) ❑ Si ❑ No * Si desea más información, hable con su proveedor.

Representante Legal/Tutela ❑ Uno mismo ❑ Agencia ❑ Padre ❑ Otro _____	**NOTA: Se requiere una copia de los Documentos de Tutela** Documentos de tutela adjuntos: ❑ Si ❑ No

INFORMACIÓN DEL SEGURO **(enumere todos los seguros y envíe la tarjeta de seguro o copia con el formulario)**

Medicaid no.	Medicare no.
Compañía de Seguro privado (1)	No. de política
Nombre del asegurado	Relación con el paciente
Compañía de Seguro privado (2)	No. de política
Nombre del asegurado	Relación con el paciente

Westchester Institute for Human Development	NOMBRE_____
	Fache de nacimiento_____
Consentimiento Para Tratamiento y Financiero	WIHD # _____

Consentimiento Médico y Dental:
Por la presente, autorizo al paciente mencionado anteriormente a participar en la atención y el tratamiento ambulatorios en Westchester Institute for Human Development (WIHD), y a los médicos, dentistas, profesionales de la salud, personal de enfermería, personal paramédico de la institución, asistidos por empleados del Instituto, para brindar atención médica. , salud mental, dental y/o atención relacionada con la salud. Si recibe atención médica y dental, esto puede incluir pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, como, entre otros, radiografías de diagnóstico; la administración de medicamentos, vacunas y la extracción de sangre cuando esté médicamente indicado.

Soy consciente de que tengo derecho a ser informado sobre cualquier condición identificada y las opciones de seguimiento recomendadas y luego puedo decidir si someterme o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido, después de haber sido informado de los posibles beneficios y riesgos involucrados. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades sobre los resultados o las conclusiones de los tratamientos o los exámenes que se me realicen en el Westchester Institute for Human Development (WIHD).

Información de Uso y Divulgación:
Al firmar a continuación, reconozco que se me ha facilitado una copia de este Aviso de prácticas de privacidad, por lo que han informado de cómo la información médica sobre mí puede ser usada y divulgada por el Instituto y las instalaciones enumerados al principio de este aviso, y cómo puedo obtener el acceso y el control de esta información. También reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de los avisos separados que explican las protecciones especiales de privacidad que se aplican a la información relacionada con el VIH información, tratamiento de alcohol y abuso de sustancias, información sobre la salud mental, y la información genética.

Derechos del Paciente:
Reconozco haber recibido una copia de la Declaración de derechos del paciente y que leí o tuve la oportunidad de leer este Aviso y que comprendo este Aviso.

Asignación de beneficios y Divulgación de Información:

Divulgación de Información Para Fines de Seguros:
Por la presente autorizo y ordeno que el Westchester Institute for Human Development (WIHD) divulgue a las agencias gubernamentales, proveedores de seguros y otras personas o entidades que sean o puedan ser financieramente responsables de mi atención médica, toda la información necesaria para justificar el pago y la asistencia médica, y permitir que los representantes de esos servicios examinen y reproduzcan todos los archivos relacionados con mi atención y tratamiento médico.

Seguro:
Por la presente autorizo y ordeno que mi proveedor de seguros pague directamente al Westchester Institute for Human Development (WIHD), y que por la presente cedo a WIHD todos los derechos, títulos e intereses que pueda tener en beneficios de seguro o en beneficios pagaderos ao sobre mi en nombre de

Westchester Institute for Human Development	NOMBRE_____
	Fache de nacimiento_____
Consentimiento Para Tratamiento y Financiero	WIHD # _____

los servicios que me proporcionó WIHD. Entiendo que soy responsable de pagar cualquier copago o deducible requerido por mi (s) plan (es) de seguro.

Medicare / Medicaid y Otros Programas Gubernamentales:
Certifico que la información ofrecida por mí al solicitar pagos al amparo del título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier tenedor de información médica u otra información relativa a mi tratamiento, que divulgue a la Administración de Seguro Social y/o a los Centros para la Asistencia Médica y Servicios de Seguro de Medicare y Medicaid, o a sus intermediarios o representantes, la información necesaria para procesar cualquier reclamación relacionada al Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Destino los beneficios por servicios médicos al médico o a la organización que brinda los servicios o autorizo a tal médico u organización a presentar una reclamación al Medicare a mi nombre.

Cancelaciones y Citas Perdidas
He leído y comprendo la Política de cancelación y citas perdidas de WIHD y entiendo mi responsabilidad de planificar las citas en consecuencia y notificar a WIHD adecuadamente si tengo dificultades para cumplir con mis citas programadas.

Confirmo que leí y comprendo plenamente este documento y que se me brindó la oportunidad de realizar preguntas y que todas mis preguntas se respondieron de manera satisfactoria. He eliminado y firmado con mis iniciales los procedimientos para los cuales no otorgo mi autorización.

Paciente/Familiar o tutor*

Firma del paciente o del representante personal	Nombre del paciente o representante personal
Fecha	Carácter en que actúa el representante personal

Intérprete (si fuera necesario)

Firma	Nombre

***El paciente debe firmar, a menos que sea un menor no emancipado de menos de 18 años o no tenga capacidad para comprender lo que está firmando.**

ESTE DOCUMENTO DEBE FORMAR PARTE PARTE DEL REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE.

Westchester Institute for Human Development

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ **ESTADO**_____ **C. P.** _____

FECHA DE NAC. _____ **N.° WIHD** _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR y/o INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorizo a que Westchester Institute for Human Development **divulgue y/o intercambie** la información médica de la persona anteriormente mencionada como se indica a continuación: (Señale las casillas correspondientes):

☐ Registro completo ☐ Otros (especifique)_____

Incluya (con iniciales; si corresponde) ____ Información y resultados de pruebas relacionadas con el VIH

____ Tratamiento por alcohol o drogas

Se le podrá divulgar la información anteriormente mencionada a quien se indica a continuación:

Nombre o Organización:_____ **Teléfono:**_____ **Fax:**_____

Dirección:_____ **Ciudad:**_____ **Estado:**_____ **C. P.:**_____

Correo electrónico (si corresponde): _____

Autorizo a Westchester Instituto for Human Develpment a lo siguiente(Por favor, marque todos los que se aplican a continuación):

☐ **Hablar de mi información médica con la Persona u Organización anteriormente mencionada.**
☐ **Divulgar registros por escrito con la Persona u Organización anteriormente mencionada.**

La información que autorizo que se divulgue será utilizada para los siguientes fines:

☐ Mis registros personales ☐ Mostrársela a otros proveedores de asistencia médica cuando sea necesario.
☐ Mostrársela al personal escolar, incluidos los profesores y proveedores de servicios afines.
☐ Otros (especifique): _____

PARA QUE EL PACIENTE LEA Y FIRME:

1. Comprendo que la información de mi historial médico podrá contener información relacionada con la enfermedad de transmisión sexual síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Asimismo, podrá contener información acerca de servicios de salud mental o de comportamiento, y tratamientos por abuso de alcohol y drogas. Esto se incluirá solamente si coloco mis iniciales en la casilla correspondiente que figura arriba.
2. Si autorizo a que se divulgue información relacionada con el VIH, tratamiento por alcoholismo o drogadicción o tratamiento de salud mental, quien la reciba tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización a menos que tenga permitido hacerlo según la ley federal o estatal. Comprendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pudieran recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización.
3. Comprendo que tengo el derecho de revocar dicha autorización en cualquier momento presentándole un aviso por escrito al centro, salvo en la medida en que el programa o la persona que esté por divulgar la información ya haya procedido según lo autorizado previamente.
4. Comprendo que, una vez que se divulgue la información anteriormente mencionada, esta podrá volver a ser divulgada por quien la reciba y es posible que no esté protegida por las leyes ni regulaciones de privacidad federales.
5. Comprendo que la autorización para usar y divulgar la información anteriormente mencionada es voluntaria. Comprendo que tengo el derecho de negarme a firmar este formulario y que no hace falta que firme este formulario para asegurarme un tratamiento de asistencia médica, el pago de mi asistencia médica o la continuación de mis beneficios de asistencia médica.
6. Comprendo que WIHD tiene el derecho a cobrarme una comisión razonable para cubrir los gastos de copias, servicios postales, y suministros utilizados para cumplir con mi solicitud.
7. Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar información que se utilizará o divulgará como se especifica en este formulario y según las normas y procedimientos del Instituto. Tengo el derecho de recibir una copia de este formulario luego de que yo lo haya firmado.
8. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y comprendo la intención y el uso. Todas mis dudas respecto del formulario fueron respondidas de manera satisfactoria.

Firma del Paciente o Representante Personal	**Nombre en letra imprenta del Paciente o Representante Personal**
Descripción de la Autoridad del Representante Personal	**Fecha**

Westchester Institute for Human Development

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PORTAL DEL PACIENTE DE WIHD

El INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO DE WESTCHESTER (WIHD) ofrece visualización y comunicación seguras como servicio para los pacientes que deseen ver partes de sus registros y comunicarse con nuestro personal y médicos a través del Portal del paciente.

Para tener acceso al Portal del paciente de WIHD, complete en letra de imprenta y de forma clara toda

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento**: _____

¿Quién solicita el acceso al Portal? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

☐ **Paciente: Dirección de correo electrónico** _____

☐ **Tutor o representante: Dirección de correo electrónico** _____

☐ **Agencia: Dirección de correo electrónico (preferentemente, un correo electrónico genérico de la Agencia)**

_____

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA (si corresponde)

Nombre/organización: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Persona de contacto de la agencia: _____ Correo electrónico del contacto de la agencia: _____

- *Esta Agencia/organización puede solicitar puede solicitar que el personal de la agencia que brinda atención al paciente indicado anteriormente tenga acceso al Portal del paciente.*
- *Tenga en cuenta que la agencia tiene la responsabilidad de informar al WIHD cuando el personal que tiene acceso al Portal del paciente cambia o deja de ser empleado de la agencia. Usted puede informar al WIHD cualquier cambio en el personal que tiene acceso al Portal del paciente enviando un correo electrónico a pportal@wihd.org*

Al firmar y fechar este formulario, estoy autorizando al INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO DE WESTCHESTER (WIHD) a crear una identificación de inicio de sesión y una contraseña para que el paciente indicado anteriormente ingrese al Portal del paciente. Al firmar este formulario, también entiendo que los registros a los que accedió el representante/cuidador/agencia podrían volver a divulgarse sin mi conocimiento. Además, entiendo que la información en el Portal del paciente puede incluir el tratamiento y las pruebas relacionadas con abuso de drogas/alcohol, salud mental, estado de VIH, enfermedades y diagnósticos de transmisión sexual, pruebas genéticas y medicina reproductiva.

Firma: _____ **Fecha**: _____

Nombre en letra imprenta del Paciente o Representante Personal: _____

Descripción de la Autoridad del Representante Personal: _____

* Si un representante de la agencia firma este formulario, incluya un acuerdo que indique el permiso para que la agencia brinde servicios de salud y autorice a la agencia a recibir, revisar y divulgar información médica.
* En cualquier momento puede revocar el acceso al proxy si se comunica con el WIHD al 914-493-8148 y completa el formulario de revocación de proxy. Su proxy designado tendrá acceso a los registros del Portal del paciente hasta ese momento.
* Se requiere que los tutores legales notifiquen al WIHD inmediatamente si hay un cambio de autoridades.

- Necesitamos que se asegure de tener la dirección de correo electrónico correcta y DEBE informarnos si cambia.
- Si olvida su contraseña, use la opción "Olvidé mi contraseña" en el portal.
- El sitio web del Portal del paciente es https://emr.wihd.org/PatientPortal/CurePatientHome.aspx?wihd
- **Presente este formulario en su próxima cita, por fax al (914) 493-8755 o envíelo por correo electrónico a pportal@wihd.org**

Para uso exclusivo de WIHD

☐ Consentimiento para divulgar PHI o Acuerdo que indica permiso para que la Agencia brinde servicios de salud en el archivo

HealtheConnections®

Westchester Institute for Human Development (WIHD)

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Autorización de acceso a información del paciente a través de una organización de intercambio de información de salud

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que la Organización que se identifica más arriba acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada HealtheConnections. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. HealtheConnections es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de HealtheConnections en www.HealtheConnections.org.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.
☐ **1. DOY MI CONSENTIMIENTO** para que la Organización que se identifica más arriba acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de HealtheConnections para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).
☐ **2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que la Organización que se identifica más arriba acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de HealtheConnections, ***aun** en situaciones de emergencia médica*.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en HealtheConnections a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de HealtheConnections, podré hacerlo a través del sitio en Internet de HealtheConnections, www.HealtheConnections.org, o llamando a HealtheConnections al 315-671-2241 x5.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información a la que se accede a través de HealtheConnections y el proceso de consentimiento:

1. **Maneras en las que podría utilizarse su información**. Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
   - **Servicios de tratamiento**. Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
   - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro**. Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
   - **Actividades de administración de cuidados**. Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
   - **Actividades de mejora de la calidad**. Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.

2. **Tipos de información sobre usted que se incluyen**. Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de HealtheConnections. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

   Problemas de abuso de alcohol o drogas
   Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)
   Enfermedades mentales
   Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
   VIH/SIDA
   Enfermedades de transmisión sexual

   Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su legajo puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosificaciones, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de traumatismos, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyos sociales, así como historial de reclamaciones del seguro de salud.

3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En HealtheConnections podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de HealtheConnections, www.HealtheConnections.org, o llamando al 315-671-2241x5.

4. **Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.

5. **Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos**. La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de HealtheConnections con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.

6. **Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud**. Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, (i) llame la Organización que se identifica más arriba ; (ii) visite el sitio en Internet de HealtheConnections, www.HealtheConnections.org; (iii) llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o (iv) siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: *http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/*.

7. **Divulgaciones posteriores de su información**. Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.

8. **Período de vigencia**. Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, o hasta que HealtheConnections deje de funcionar ***(o hasta pasados 50 años desde su fallecimiento, lo que ocurra primero)***. En caso de que HealtheConnections se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.

9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento**. Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de HealtheConnections mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.

10. **Copia del formulario**. Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.

Westchester Institute
for Human Development

EDUCATE. INNOVATE. ADVOCATE.

Westchester Institute for Human Development
Cedarwood Hall, Valhalla, NY 10595
(914) 493-8150 • wihd.org

Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

> ***Verpágina 2*** *para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.*

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

> ***Ver página3*** *para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.*

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

> ***Ver páginas 3 y 4*** *para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.*

Aug 2015, Rev Nov 2016, 12/2018, Rev January 2020, Rev October 2021, Rev March 2023

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.
Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Consulte la página 4 para obtener instrucciones.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Consulte la página 4 para obtener instrucciones.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.
- Una copia electrónica también se encuentra en www.wihd.org

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 4.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html**, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Aug 2015, Rev Nov 2016, 12/2018, Rev January 2020,
Rev October 2021, Rev March 2023

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

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

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.
- Usted tiene el derecho a optar por dejar de cualquiera y todas las comunicaciones de recaudación de fondos de WIHD . Si desea darse de baja , puede enviar un correo electrónico a DevelopmentTeam@wihd.org o llame 914-493-8993

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento	• Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.	***Ejemplo:*** *Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*
Dirigir nuestra organización	• Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.	***Ejemplo:*** *Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*
Facturar por sus servicios	• Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.	***Ejemplo:*** *Entregamos informacióna cerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

continúa en la próxima página

Aug 2015, Rev Nov 2016, 12/2018, Rev January 2020,
Rev October 2021, Rev March 2023

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html**, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad	• Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones,como: • Prevención de enfermedades. • Ayuda con el retiro de productos del mercado. • Informe de reacciones adversas a los medicamentos. • Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica. • Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
Realizar investigaciones médicas	• Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
Cumplir con la ley	• Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos	• Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
Trabajar con un médico forense o director funerario	• Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales	• Podemos utilizar o compartir su información médica: • En reclamos de compensación de trabajadores. • A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad. • Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley. • En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
Responder a demandas y acciones legales	• Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Información del contacto

- Para cualquier petición por favor póngase en contacto con Registros Médicos por los siguientes métodos :
  - *WIHD Medical Records*
    Cedarwood Hall, Second Floor
    Valhalla, New York 10595
    914-493-8651
    MedicalRecords@wihd.org

- Si tiene preguntas específicas relacionadas con este aviso por favor comuníquese con e*a Oficina de Cumplimiento de WIHD* :
  - *Compliance Office*
    Cedarwood Hall
    Valhalla, New York 10595
    914-493-8367
    Compliance@wihd.org

Hay circunstancias especiales que requieran su autorización específica antes de compartir. Nunca compartiremos los registros de tratamiento de abuso de sustancias y la información relacionada con el VIH sin su autorización por escrito. Por favor, póngase en contacto con registros médicos o la Oficina de Cumplimiento de WIHD para más información.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.
- Seguiremos las reglas de intercambio de información según lo permitido por los estatutos aplicables relacionados con el intercambio de información en el contexto de posible abuso y negligencia infantil.

Para mayor información, visite: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html**, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Marzo 2023

Kataliya (Liya) Caiazzo, PT, MPT, MBA ● Chief Compliance & Quality Improvement Officer ● Compliance@wihd.org ● 914-493-8367

Aug 2015, Rev Nov 2016, 12/2018, Rev January 2020, Rev October 2021, Rev March 2023

Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)

Como paciente de una clínica del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

(1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, nacionalidad o patrocinador;

(2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;

(3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;

(4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;

(5) ser informado sobre los cambios en los servicios, los requisitos de los reintegros a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de la atención gratuita o de costo reducido:

(6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;

(7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;

(8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;

(9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;

(10) negarse a participar en un estudio de investigación;

(11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);

(12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante la New York State Department of Health's Office of Primary Health Systems Management (Oficina de Administración de Sistemas de Salud Primaria del Departamento de Salud del Estado de Nueva York);

(13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;

(14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;

(15) acceder a su registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;

(16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas; y

(17) tomar sus propias decisiones en cuanto a las donaciones anatómicas. Puede documentar sus deseos en su formulario de representación legal para la atención médica o en una tarjeta de donante, disponibles en la clínica.

NEW YORK STATE | Department of Health

Derechos del paciente, 10NYCRR, Sección 751.9

Westchester Institute
for Human Development

EDUCATE. INNOVATE. ADVOCATE.

Westchester Institute for Human Development
Cedarwood Hall, Valhalla, NY 10595
(914) 493-8150 • wihd.org

Cancelacióne y Cita Perdidas

Nosotros, en Westchester Institute for Human Development (WIHD), entendemos que a veces necesita cancelar o reprogramar su cita. Si no puede asistir a su cita, notifíquenos lo antes posible. Las citas perdidas o tardías interrumpen los horarios que pueden afectarlo a usted y a otros pacientes.

Para garantizar que cada paciente reciba la cantidad adecuada de tiempo asignado para su visita y para proporcionar la atención de la más alta calidad, es muy importante que cada paciente programado asista a su visita a tiempo. Como cortesía, se realiza / intenta una llamada o correo electrónico de recordatorio de cita un día hábil antes de su cita programada. Sin embargo, es su responsabilidad llegar a su cita a tiempo.

POR FAVOR REVISE LA SIGUIENTE POLÍTICA

1. Le pedimos que haga todo lo posible para cancele su cita con al menos 24 horas de anticipación. Esto nos permitirá dar cabida a otros pacientes que soliciten franjas horarias similares.

2. Si llega más de 15 minutos tarde, es posible que no podamos atenderlo. Si va a llegar tarde, llame con anticipación para asegurarse de que lo puedan atender durante el resto de su cita.

3. Todas las cancelaciones tardías y no presentarse se documentarán en su expediente médico.

4. Tres o más cancelaciones tardías o no presentarse en un período de tiempo de 3 meses pueden resultar en la terminación de los servicios.

5. Si hay un lapso de un mes en el tratamiento para los servicios que requieren sesiones consecutivas continuas, sin hablar con el médico de antemano, el tratamiento puede ser terminado.

6. Tenga en cuenta que si se cierra su caso, es posible que lo coloquen en una lista de espera y que no se pueda garantizar el mismo médico ni el mismo horario.

7. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted después de cancelaciones tardías y no presentarse. Estos intentos de contactarlo quedarán documentados en su expediente médico.

8. Si sus servicios se cancelan debido a citas perdidas, intentaremos ayudarlo recomendando proveedores alternativos.

Revised 9/2016, 2/2017, 9/2017, 12/2018, 3/2022