

Guía del/de la paciente





"El escudo azul y verde de la marca Texas Health representa la manera en que se entrelazan nuestras tradiciones de fe, calidad, compasión e innovación. Se ha convertido en un símbolo de la atención médica que es sinónimo de confianza para las personas a quienes tenemos el privilegio de servir".

Barclay E. Berdan, FACHE, CEO
Texas Health Resources

Bienvenida

Gracias por elegir a Texas Health para sus necesidades de salud. Es un privilegio para nosotros ser su socio durante estos momentos. Nuestra meta es superar sus expectativas en cada interacción que tenga con Texas Health.

Esta guía fue diseñada pensando en usted, en función de los comentarios de nuestros pacientes y sus familias, y contiene la información que consideraron más importante y útil al momento de recibir cuidados de salud. Esperamos que le sea útil al prepararse para recibir cuidados en este centro. Si tiene alguna solicitud o inquietud especial durante su estadía, informe al respecto a su enfermero/a o a cualquier miembro de su equipo de cuidados para que podamos satisfacer sus necesidades.

Sus comentarios son muy importantes para nosotros. Podría recibir una encuesta de nuestro hospital. La encuesta puede llegar por mensaje de texto a su número de teléfono móvil, por correo electrónico a su dirección personal de parte de Press Ganey, o por correo postal a su domicilio. Esperamos que pueda tomarse algunos minutos para responder la encuesta y proporcionarnos comentarios sobre su visita. Daremos un buen uso a sus comentarios, ya que usamos las respuestas de las encuestas para mejorar la atención a los pacientes.

Texas Health se enorgullece de su trayectoria basada en la fe y de su compromiso a largo plazo con la comunidad, al igual que de su impacto en la misma. Nos conmueve poder llevar a cabo nuestra Misión: mejorar la salud de las personas de las comunidades en las que brindamos nuestros servicios, cada día. ¡Gracias nuevamente por confiar su cuidado a Texas Health y por elegirnos para ser su socio en la atención de su salud para toda la vida!

Misión

Mejorar la salud de las personas de las comunidades en las que brindamos nuestros servicios.

Visión

Asociarnos con usted para compartir toda una vida de salud y bienestar.

Tabla de contenido

Servicios médicos y profesionales 6

Información de facturación útil para el/la paciente 8

Asistencia financiera 9

Infórmenos sus decisiones de atención médica 10

Sus derechos y responsabilidades como paciente 12

Información de contacto de las Entidades de Texas Health..... 14

Aviso de no discriminación 14

Trabajando juntos por la seguridad de los pacientes..... 15

Su comodidad es importante para nosotros..... 16

Historias clínicas electrónicas 16

Medicamentos para pacientes ambulatorios de Medicare..... 17

Recursos en línea 17

Aviso de declaración de prácticas de privacidad..... 18

Aviso sobre las quejas..... 22

Aviso de recopilación de datos para pacientes..... 23

Consentimiento para el Intercambio de información de salud..... 24

Divulgación de datos despersonalizados para estudios de investigación comerciales (HIE) 25

Constancias de admisión y consentimiento general para el tratamiento..... 26

Información de saludprotegida y Aviso para los pacientes sobre pagos de terceros..... 28

Consentimiento general para servicios de telemedicina/visita virtual y constancias 30

Servicios de idiomas 32

Portal para pacientes MyChart..... 34

Registro en la Sala de Emergencias — MyChart..... 36

Servicios médicos y profesionales

Servicios médicos y profesionales

Los médicos del personal médico de las entidades de Texas Health ejercen su profesión de forma independiente y no son empleados ni agentes del centro. Por esta razón, pese a que el centro podría estar incluido en la lista de proveedores de su seguro médico, los servicios profesionales brindados por los médicos del personal médico podrían no estar cubiertos por su plan. La siguiente información ofrece más detalles para responder cualquier pregunta relacionada con este tema. La Política de asistencia financiera de Texas Health no se aplica a los servicios profesionales que no sean de Texas Health Physicians Group. Algunos servicios médicos y profesionales suelen ser brindados junto con los servicios del centro de acuerdo a lo que ordenen los diferentes médicos a cargo de su tratamiento, que no trabajan para Texas Health. Algunos ejemplos incluyen médicos de emergencias, anestesiólogos, médicos internistas, patólogos y radiólogos. Usted podría no ver a todos estos médicos directamente; sin embargo, los servicios que brindan son una parte esencial de la atención que usted recibe.

A continuación presentamos una lista de algunos especialistas médicos comunes que podrían participars en sus cuidados.

Los anestesiólogos o enfermeros diplomados certificados como anestesistas (CRNAs, por sus siglas en inglés) administran anestesia y brindan atención a los pacientes antes, durante y después de los procedimientos.

Los médicos de **medicina de emergencia** evalúan y tratan enfermedades y lesiones inesperadas en la sala de emergencias.

Los **médicos internistas** cuidan de los pacientes durante la admisión y trabajan con el médico de atención primaria para coordinar el cuidado de los pacientes desde que ingresan al centro hasta que salen del mismo.

Los **patólogos** examinan los tejidos del cuerpo para diagnosticar enfermedades y para determinar la causa de diversas condiciones.

Los **neumólogos/intensivistas** generalmente tratan a los pacientes en la Unidad de cuidados intensivos (ICU); también diagnostican y tratan trastornos pulmonares y respiratorios.

Los **radiólogos** utilizan equipos radiactivos, como máquinas de rayos X, para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.

Los **cirujanos traumatólogos** utilizan tratamientos tanto operativos como no operativos para tratar lesiones traumáticas, por lo general en un contexto agudo.

Los médicos internistas de obstetricia cuidan de las pacientes de obstetricia durante la admisión y trabajan con los OB/GYNs (obstetras y ginecólogos) para coordinar la atención de las pacientes desde que son admitidas hasta que salen del hospital.



Facturación por servicios fuera de la red

Los médicos que supervisan o dirigen la atención médica en las Entidades de Texas Health ejercen de forma independiente y no son empleados del centro. Por lo tanto, Texas Health no puede asegurar que dichos médicos pertenezcan a la red de proveedores de su seguro u otra cobertura. Para más información sobre la facturación de proveedores fuera de la red, ingrese a <https://www.cms.gov/nosurprises>.

A continuación presentamos una lista de grupos de médicos y/u organizaciones de servicios profesionales que podrían haber estado involucrados en sus cuidados (no es una lista integral). Si usted tuviera preguntas sobre facturas de proveedores de servicios profesionales y médicos, comuníquese con ellos llamando a los números de teléfono o ingresando a los sitios web enumerados a continuación o que figuren en el estado de cuenta.

Grupo médico u organización de servicios	Especialidad	Teléfono	Sitio web
Anesthesia Partners of Dallas	Anestesiología	972-714-0022	
Children's Health	Anestesiología	800-467-7404	childrens.com
Metropolitan Anesthesia Consultants (Metro Anesthesia)	Anestesiología	800-411-7515	metroanesthesia.com/ billing-information
North Star Anesthesia	Anestesiología	800-693-3271	patientaccounts.net
U.S. Anesthesia Partners™ (USAP)	Anestesiología	Apellidos de la A a la G: 888-325-6084 Apellidos de la H a la Z: 512-354-7091	usap.com/texas-bill-pay
YPS Anesthesia Services	Anestesiología	888-912-6517	ypsanesthesia.com
Texas Cardiac Associates	Cardiología	800-841-4236	texascardiac.com
TeamHealth	Medicina de emergencia	800-353-2708	thbillpay.com
Texas Medicine Resources, LLP	Medicina de emergencia	888-265-9878	pay.teamhealth.com
UT Southwestern	Medicina de emergencia	866-590-2198	utswmed.org
Apogee Physicians	Internista	866-869-2395	apogeephysicians.com
OB Hospitalist Group (OBHG)	Internista	888-442-8454	OBHG.com
Premier (PHC) Physician Group	Internista	682-237-4705	premierphcpg.com
Sound Physician Group	Internista	866-765-0513	mydocbill.com/sndp
Texas Health Physicians Group®	Internista	800-890-6034	texashealth.org
Dallas Pulmonology and Critical Care, PA	Intensivista de la Unidad de cuidados intensivos (ICU)	817-622-0007	dallaspacc.com
Southwest Pulmonary Associates	Intensivista de la Unidad de cuidados intensivos (ICU)	469-916-0087	swpulmonary.com
Texas Pulmonary and Critical Care Consultants, PA	Intensivista de la Unidad de cuidados intensivos (ICU)	817-461-0201	texaspulmonary.com
CareFlite®	Transporte médico	877-490-8760	careflite.org
MedStar	Transporte médico	817-923-3700	medstar911.org
Pediatrix Medical Group, una filial de Mednax®	Neonatología	844-678-9580	mednax.com/patients/pay-your-bill
AmeriPath®	Patología	800-890-6220	ameripath.com
MD Pathology	Patología	888-604-8378	mdpathology.com
North Dallas Pathology Services, PA	Patología	214-432-9415	
North Texas Pathology Associates	Patología	972-526-0300	ntpath.com/Patients.htm#
ProPath	Patología	800-654-1888	propath.com/bill-pay
Cook Children's Physician Network	Pediatría	888-852-6635	cookchildrens.org
American Radiology	Radiología	800-841-4236	msnllc.net
Radiology Associates of North Texas	Radiología	877-718-5728	mydocbill.com/radntx.com
Texas Radiology Associates, LLP (TRA)	Radiología	972-497-2107	tra.mypatientfolio.com
UT Southwestern	Radiología	866-648-2455	utswmed.org/patient-resources/ billing-and-insurance/about-billing
Envision Physician Services	Cirujano traumatólogo	866-773-1284	EnvisionPhysicianServices.com/billing

Información de facturación útil para el/la paciente

Gracias por elegir a Texas Health para sus necesidades de atención médica. Estamos comprometidos a mejorar la salud de las personas de las comunidades en las que brindamos nuestros servicios. Esto incluye ayudarle con el proceso de facturación del centro.

Registro anticipado, liquidación financiera y pago por adelantado

Todos los pacientes deberán completar el registro para su próxima cita a través de su cuenta de MyChart. Es importante completar el registro para agilizar su consulta. Si la información está incompleta, podrían comunicarse con usted nuevamente o pedirle que complete la información cuando acuda a su cita.

Nuestra práctica es cobrar todos los montos conocidos que sean responsabilidad del/de la paciente antes de su cita. Esto incluye cualesquiera montos correspondientes a deducibles, copagos o coseguros según sean proporcionados por su cobertura.

La responsabilidad del/de la paciente se basa en los cargos totales estimados o en el contrato permisible, según sea pertinente, de acuerdo a lo que su médico haya ordenado y programado. Luego de que se proporcione el servicio, usted recibirá una factura final que reflejará los verdaderos montos cuyo pago será responsabilidad del/de la paciente, menos su depósito de prepago. Este monto podría ser diferente al monto que se estimó antes del servicio, ya que el servicio o procedimiento podría haber cambiado durante el tratamiento. Si necesita asistencia para completar el registro, puede llamar al 877-773-2368.

Con seguro u otro pago de cobertura

Si usted cuenta con seguro médico u otra cobertura, le facturaremos a su seguro u otra compañía de cobertura (que tenga un acuerdo con Texas Health) poco después de su visita. También debería recibir una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su seguro u otra compañía de cobertura poco después de su visita. En general, este proceso se completa en el transcurso de los 60 días siguientes a su salida del centro.

Su compañía de seguros u otra cobertura podría comunicarse con usted para pedirle información adicional necesaria para procesar su reclamo. Con frecuencia necesitan información de Coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés). Es importante que responda a su plan de cobertura tan pronto como pueda para asegurarse de recibir los mayores beneficios de su cobertura. Si cuenta con cobertura adicional y se determina que esta es el pagador primario, comuníquese con nosotros llamando al 800-890-6034 para proporcionar cualquier información actualizada del pagador.

Después de recibir el pago del seguro u otra cobertura, usted recibirá un estado de cuenta final de Texas Health por el saldo restante, que podría incluir deducibles, copagos, coseguro y cualquier cargo no cubierto. Si tiene preguntas sobre la manera en que su reclamo fue procesado, comuníquese con su compañía de seguros u otra compañía de cobertura directamente.

El pago deberá efectuarse al recibir el estado de cuenta final. Si no fuera posible pagar la totalidad del saldo adeudado, Texas Health cuenta con opciones de pago. Ingrese a [Texashealth.org/MyChart](https://www.texashealth.org/MyChart) para pagar la totalidad del saldo o para elaborar un plan de pago. Si necesita asistencia o desea hablar con un(a) representante, puede contactar a servicio al cliente llamando al 800-890-6034.

Sin seguro u otro pago de cobertura

Texas Health ofrece un descuento a los pacientes que no cuentan con seguro médico u otra cobertura. Su descuento se aplicará luego de proporcionado el servicio y enviada su factura final. Ingrese a [Texashealth.org/MyChart](https://www.texashealth.org/MyChart) para pagar la totalidad del saldo o para elaborar un plan de pago. Si necesita asistencia o desea hablar con un(a) representante, puede contactar a servicio al cliente llamando al 800-890-6034.

Pago de varias facturas

Su factura del centro contiene cargos exclusivamente por servicios del centro. A veces, si los diferentes médicos a cargo de su tratamiento lo solicitan, se brindan algunos servicios profesionales y médicos junto con los demás servicios del centro. Se emitirán facturas por separado por dichos servicios, tales como los que brinde su médico, los médicos de emergencias, así como radiólogos, internistas (salvo los internistas de Texas Health Physicians Group), patólogos, cardiólogos, neonatólogos u otros médicos que participen en su tratamiento.

Texas Health no puede asegurar que os médicos ajenos a Texas Health Physicians Group pertenezcan a la red de proveedores de su seguro u otra cobertura. Si un médico que no pertenece a la red fuera a atenderlo/a, es probable que usted deba cubrir dichos gastos. Las consultas sobre estas facturas deben ser dirigidas al consultorio médico mencionado en el estado de cuenta del médico, que detalla estos servicios. También puede ingresar a [TexasHealth.org/Costs-and-Billing/Federal-Surprise-Billing-Act](https://www.texashealth.org/Costs-and-Billing/Federal-Surprise-Billing-Act) para más información sobre la facturación sorpresa.

Coordinación de beneficios

Comuníquese con su seguro u otra cobertura para aclarar si el/la paciente también está cubierto/a por otro plan de seguro y hable con ellos acerca de qué plan de seguro deberá considerarse como el pagador principal. Si se determina que otro seguro es el pagador principal, comuníquese con Texas Health Resources llamando al 800-890-6034 para proporcionar información de seguro actualizada.

Pago de factura en línea

Si tiene un saldo después del alta, puede ingresar a [TexasHealth.org/MyChart](https://www.texashealth.org/MyChart) para efectuar el pago en su totalidad o elaborar un plan de pago. Texas Health acepta cheques electrónicos y tarjetas de crédito o débito.

Solicite un estimado de costos

Será un placer brindarle un estimado de costos. El estimado se basa en los cargos del centro por cuidados previstos de rutina y recuperación, tomando en consideración el seguro u otra cobertura, copagos, deducibles, coseguros y otra información que pueda afectar los desembolsos personales (gastos del propio bolsillo). Un estimado es simplemente un cálculo: los cargos reales podrían ser diferentes dependiendo de la atención que reciba.

Los estimados de costos no están disponibles para los servicios de emergencia.

Llame al 877-773-2368 (opción 3) para solicitar un estimado de costos

De lunes a viernes de 8 a.m. a 6:30 p.m.

También puede solicitar un estimado de costos en línea en:

www.texashealth.org/Costs-and-Billing/Get-a-Cost-Estimate – Registro anticipado, liquidación financiera y pago por adelantado.

También es posible efectuar el pago por vía telefónica llamando al Departamento de Servicio al Cliente al 800-890-6034. Se le pedirá su número de cuenta o garante para efectuar esta transacción.

Servicio al cliente

Estamos aquí para responder sus preguntas y para brindarle información adicional. Puede comunicarse con nuestros representantes de servicio al cliente llamando al 800-890-6034 de 8 a.m. a 6 p.m. Lunes - Viernes (CST). Ellos le solicitarán su número de cuenta y responderán cualquier pregunta con respecto a su cuenta y/o factura.

Nuestros representantes de servicio al cliente gustosamente le ayudarán con los siguientes servicios de facturación:

- Pagar su factura
- Conversar sobre opciones de pago
- Solicitar el detalle de su factura
- Responder preguntas sobre su seguro u otra cobertura
- Solicitar asistencia financiera

Un servicio telefónico automático está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

También puede enviar un mensaje de facturación a través de MyChart. Además, puede enviar sus consultas por correo electrónico a CustomerService@TexasHealth.org.

Ingrese a [TexasHealth.org](https://www.texashealth.org) para más recursos de facturación; ahí también podrá acceder a las preguntas más frecuentes, un ejemplo de factura y un glosario de términos.

Asistencia financiera

¿Cómo puedo obtener asistencia con mi factura?

Texas Health ofrece a sus pacientes la opción de solicitar asistencia financiera para el pago de su factura hospitalaria. Nuestra Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y el Resumen en términos sencillos están disponibles en inglés y español, así como en otros idiomas, de ser necesario. Puede solicitar ayuda postulando a asistencia financiera en cualquier momento durante su estadía en el hospital o durante el proceso de facturación.*

¿Cómo califico para recibir asistencia financiera?

Según la Política de asistencia financiera de Texas Health, una vez que hayamos recibido una solicitud completa, haremos una revisión de los ingresos, activos u otros recursos. Esta revisión nos permitirá determinar si usted podría ser elegible para obtener un descuento en su factura. Por lo general, si su ingreso anual es menor o igual al 250% del Índice federal de pobreza, usted podría recibir algo de asistencia financiera de Texas Health.**

Puede encontrar el Índice federales de pobreza en aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm.

Nuestra Política de asistencia financiera también podría permitirle recibir ayuda con su factura si sus ingresos superan el 250% del Índice federal de pobreza. Esta ayuda se basa en el ingreso anual, el tamaño de la familia y el saldo de su factura hospitalaria.

De conformidad con nuestra Política de asistencia financiera, todas las coberturas de terceros deben agotarse antes de recibir asistencia financiera.

¿Cómo se solicita la asistencia financiera?

Puede solicitar asistencia financiera en línea ingresando a TexasHealth.org/Mychart o puede descargar una copia para imprimir ingresando a TexasHealth.org/Financial-Assistance. También puede obtener una copia impresa en cualquiera de nuestros hospitales o en nuestra Oficina Comercial Central (Central Business Office) (solo con cita previa). Nuestro Departamento de Servicio al Cliente puede ayudarle a programar una cita. Sírvase llamar al 800-890-6034.

Proceso y documentación

Llene por completo el formulario de solicitud y proporcione todos los documentos necesarios. Los formularios de solicitud incompletos demorarán la decisión. Usted tendrá la obligación de proporcionar información sobre sus beneficios de salud, ingresos, bienes y cualquier otra documentación que ayude a evaluar si usted reúne los requisitos necesarios. La documentación podría incluir estados de cuenta bancarios, declaraciones de impuestos, talones de cheques u otra información.

Asistencia médica necesaria o de emergencia

Si cumple con los requisitos para recibir asistencia para el pago de su factura, no se le cobrará más por los cuidados de emergencia o médicamente necesarios que los montos generalmente facturados a las personas que cuentan con cobertura para el mismo tipo de cuidados. Para determinar los montos generalmente facturados, utilizamos un método de actualización (comparamos los montos pagados por los pacientes cubiertos y sus compañías de cobertura en el año anterior).

Actividades de cobranza

Las facturas que no hayan sido pagadas pasados aproximadamente 120 días desde la fecha del alta hospitalaria podrían ser transferidas a una agencia de cobranza externa. Usted o su garante pueden solicitar ayuda para el pago de su factura durante el proceso de cobranza llamando a Servicio al Cliente al 800-890-6034.

*La Política de asistencia financiera de Texas Health no se aplica a las facturas de médicos, laboratorios externos u otros proveedores de atención médica que no estén afiliados al hospital que no sean de Texas Health Physicians Group. Para ver una lista completa, revise la Política de asistencia financiera.

**En algunos casos, podría recibir asistencia financiera del hospital sin necesidad de presentar una solicitud.



Infórmenos sus decisiones de atención médica

Cuando una persona necesita atención médica, deben tomarse ciertas decisiones sobre el tipo de atención que se brindará. Estas decisiones podrían volverse más difíciles de tomar si usted no fuera capaz de comunicar a su médico o seres queridos qué tipo de atención médica desea.

Toda persona adulta que entienda los riesgos y beneficios del tratamiento tiene derecho a decidir lo que puede hacerse con su cuerpo. Como paciente, usted tiene el derecho a ser informado/a sobre su condición, los tratamientos disponibles o propuestos, y los riesgos de no recibir dichos tratamientos. Esta información le ayudará a tomar una decisión informada para aceptar o rechazar el tratamiento propuesto por su médico.

Bajo la ley de Texas, las personas pueden establecer directivas anticipadas para su atención médica. En otras palabras, usted puede dar a conocer sus deseos sobre este tema antes de realmente necesitar tales cuidados. Estas directivas anticipadas se respetan cuando a una persona no le es física o mentalmente posible expresar sus deseos.

Esta guía brinda información básica sobre sus derechos como paciente y sobre los tipos de directivas anticipadas que se reconocen en Texas. Si tiene alguna pregunta, necesita información adicional o desea firmar una directiva anticipada, comuníquese con su enfermero/a. Para más información, también puede solicitar una copia del cuadernillo llamado *Su derecho a elegir*.

¿Cuáles son las políticas de Texas Health con relación al consentimiento para tratamientos médicos?

Las Entidades de Texas Health se comprometen a respetar el derecho de cada paciente a tomar sus propias decisiones médicas, incluido el derecho a rechazar un tratamiento. Texas Health ha adoptado políticas formales para respetar su derecho a tomar una decisión informada con respecto a su atención médica en la medida en que la ley lo permita. Además, estas políticas reconocen el derecho de cada paciente a establecer directivas anticipadas y a que se respeten las decisiones sobre el tratamiento que tome un(a) representante de/ de la paciente bajo un poder notarial médico. Estas políticas describen maneras de informar a los pacientes sobre las directivas anticipadas. Si desea obtener más información acerca de estas políticas, comuníquese con su enfermero/a o con sus médicos.

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es un documento que le permite declarar sus preferencias de tratamiento médico antes de necesitar dicho tratamiento. También puede nombrar a una persona para que tome estas decisiones de tratamiento por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Una directiva anticipada firmada se respetará solo en el momento en que usted no pueda tomar decisiones sobre su atención médica o no pueda declarar su voluntad por motivos mentales. Los cinco tipos de directivas anticipadas que se reconocen en Texas son:

1. Directivas para médicos, familiares o personas suplentes (también llamadas "testamento vital")

Las directivas para médicos, familiares o personas suplentes, también llamadas "testamento vital", son un documento que le permite indicar a su médico y a las personas cercanas lo que desea que se haga o no en caso de necesitar un tratamiento de soporte vital. Su testamento vital se aplica cuando su médico determina que usted tiene una enfermedad terminal o irreversible y que ya no es capaz de comunicar sus deseos. Un tratamiento de soporte vital es un tratamiento o procedimiento que mantiene al/a la paciente con vida y que incluye medicamentos para mantener la vida y medios artificiales para prolongarla, como respiradores mecánicos, diálisis renal y alimentación e hidratación artificiales. Un testamento vital se respeta solo si le han diagnosticado una enfermedad terminal o irreversible y no puede comunicar a los demás qué tratamientos desea o no recibir. Antes de firmar un testamento vital, debe pensar cómo se siente con respecto al uso de tratamientos de soporte vital para enfermedades terminales o irreversibles.

2. Poder notarial médico (también conocido como "poder notarial duradero de atención médica")

Un poder notarial médico le permite nombrar a alguien de su confianza ("su representante") para que tome decisiones de atención médica si usted no pudiera hacerlo por sí mismo/a. La persona que elija como representante podrá tomar decisiones de atención médica en su nombre solo cuando su médico declare que usted ya no está en condiciones de hacerlo solo/a. Su representante podrá tomar varias decisiones médicas por usted, como aceptar o rechazar un cuidado médico, detener la atención médica e interrumpir o no empezar un tratamiento de soporte vital.

3. Orden de no resucitar (DNR) para pacientes hospitalizados

Su consentimiento para una orden de no resucitar (DNR) le permite rechazar ciertos tratamientos de soporte vital en ámbitos de internación hospitalaria. Su médico debe firmar esta directiva anticipada y usted debe indicar su consentimiento ya sea por escrito o de manera oral.

4. Orden de no resucitar (DNR) en el ámbito extrahospitalario

Una orden de no resucitar (DNR) en el ámbito extrahospitalario le permite rechazar ciertos tratamientos de soporte vital fuera de ámbitos de internación hospitalaria. Un formulario, identificación en el cuello o en la mano sobre esta orden avisará a los proveedores de atención médica (a los paramédicos, por ejemplo) que no usen reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) y otros tratamientos de soporte vital.

5. Declaración para el tratamiento de la salud mental

Es otro tipo de directiva anticipada que se limita únicamente al tratamiento de la salud mental. Una declaración para el tratamiento de la salud mental le permite comunicar a los proveedores de atención médica sus decisiones con respecto a los tratamientos de salud mental, en caso de que no pueda tomar decisiones como resultado de una enfermedad mental. Este documento le permite establecer qué tipos de servicios de salud mental acepta o no (incluidos los medicamentos psicoactivos, tratamiento para convulsiones y decisiones para tratamientos de emergencia como inmovilización, aislamiento o medicamentos). Puede pedir un documento para registrar su declaración de tratamiento de salud mental a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social licenciado, abogado u otro profesional de salud mental. Debe entregar una copia de la declaración firmada a su médico, familiares, pareja, a su representante de atención médica y/o a su abogado.

Nota: La mayoría de entidades de Texas Health no suelen ofrecer servicios de salud mental. No obstante, de conformidad con la ley federal, Texas Health tiene la política de informar por escrito a todos los adultos hospitalizados, al momento de su admisión en el hospital, sobre su derecho a formalizar una declaración para el tratamiento de su salud mental y sobre las normas escritas y los procedimientos del centro con respecto a estos derechos.



¿Dónde debería guardar mis directivas anticipadas?

Usted debe conservar las directivas anticipadas que firme. Entregue una copia a su médico habitual y a quienes probablemente lo/la acompañen si llegara a enfermarse gravemente. Entregue una copia de su testamento vital y poder notarial médico a la persona que elija como representante. Trate de mantener un registro de todas las personas que tengan una copia. Recuerde que puede cambiar o cancelar directivas anticipadas en cualquier momento. Si desea cancelar directivas anticipadas mientras esté en el centro, comuníquese a su médico, familiares, representante de atención médica y a otras personas que necesiten estar al tanto.

¿Debo tener una declaración de directivas anticipadas?

Nadie puede obligarlo/a a firmar directivas anticipadas. Tampoco pueden negarle atención o cobertura médica por no contar con una de estas declaraciones. No es necesario que formalice sus directivas anticipadas para registrarse como paciente en un centro de atención médica, hogar de ancianos o agencia de atención médica a domicilio. Si decide firmar un documento de directivas, esto no afectará su derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico.

¿Qué sucede si no tengo una declaración de directivas anticipadas?

Si no ha firmado una de estas directivas anticipadas y se enferma y no puede comunicar sus deseos, su médico tratante y algunos miembros de la familia podrán tomar decisiones relacionadas con su atención médica.

¿Dónde puedo obtener los documentos para un testamento vital o poder notarial médico?

Puede conseguir los documentos del testamento vital y poder notarial médico de Texas en el Departamento de Atención Espiritual y la Administración de Transición de Cuidados de la entidad. Si tiene alguna pregunta, consulte con su médico, miembro del clero o abogado.

No es demasiado pronto

Nunca es demasiado pronto para hablar sobre enfermedades graves y los tratamientos que elegiría o rechazaría si estuviera demasiado enfermo/a para comunicar sus deseos, o si fuera incapaz de hacerlo. Converse sobre ello con su médico y su familia. Indique sus preferencias por escrito en uno o más documentos de directivas anticipadas.

Más información

Si necesita ayuda para completar un documento de directivas anticipadas, consulte al personal de enfermería. Si cuenta con directivas anticipadas y siente que estas están siendo ignoradas, comuníquese con el administrador a cargo para acceder al comité de ética del centro.

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (Texas Department of State Health Services) con relación a sus inquietudes, a la dirección postal y al número de teléfono que se detallan a continuación.

**Health Entity Complaint and Incident Intake
Health and Human Services Commission**

Mail Code E-249

P.O. Box 149030

Austin, TX 78714-9030

888-973-0022

Descargue los formularios de testamento vital y poder notarial médico de Texas en [TexasHealth.org/LivingWill](https://www.texashealth.org/livingwill)

Sus derechos y responsabilidades como paciente

Sus derechos como paciente

En las Entidades de Texas Health (o "Entidad"), consideramos que la protección y el apoyo de los derechos humanos básicos de libertad de expresión, decisión y acción son importantes para la recuperación y el bienestar de nuestros pacientes. Por lo tanto, nos esforzamos por tratar a los pacientes con respeto y con el total reconocimiento de su dignidad humana. Las decisiones con relación al tratamiento de atención médica no se basarán en cuestiones de raza, color, origen nacional, religión, edad, discapacidad, identidad de género, sexo, o fuentes de pago. Como paciente de una Entidad de Texas Health:

1. Tiene derecho a recibir una respuesta razonable con respecto a su solicitud y necesidad de un tratamiento o servicio, dentro de la capacidad de la Entidad, su misión declarada, y las leyes y reglamentos aplicables.
2. Tiene derecho a recibir información sobre qué médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica son responsables de sus cuidados.
3. Tiene derecho a recibir la información necesaria para tomar decisiones informadas, en colaboración con su médico, sobre sus cuidados médicos. Dicha información incluye su diagnóstico, el tratamiento propuesto y su pronóstico en los términos y de una forma que pueda comprender antes de comenzar a recibir cuidados. También tiene derecho a participar en el desarrollo y la ejecución de su plan de cuidados.
4. Tiene derecho a aceptar o rechazar cuidados médicos, en la medida en que la ley lo permita, y a recibir información sobre los riesgos que corre de no recibir el tratamiento y sobre otros tratamientos que puedan estar disponibles.
5. Tiene derecho a tener acceso razonable a los cuidados. Si bien la Entidad respeta su derecho a rechazar los tratamientos que se le ofrezcan, la Entidad no reconoce un derecho ilimitado de recibir tratamientos que sean médicamente ineficaces o que no sean beneficiosos.
6. Tiene derecho a recibir cuidados que contemplen y respeten sus creencias y valores personales. La Entidad se esfuerza por respetar las necesidades étnicas, culturales, psicosociales y espirituales de cada paciente y familia. Además, la Entidad reconoce que los cuidados de los pacientes que están por fallecer implican una atención con dignidad y respeto, el tratamiento del dolor, y la consideración por la expresión de tristeza de los pacientes y sus familias.
7. Tiene derecho a que su admisión en la Entidad sea notificada inmediatamente al/a la familiar o representante que elija, y a su propio médico.
8. Tiene derecho a que sus familiares participen en las decisiones relacionadas con sus cuidados (siempre que cuenten con su permiso).
9. Tiene derecho, en la medida en que la ley lo permita, a que se designe a su tutor(a) legal, su pariente más cercano/a o una persona suplente para tomar decisiones médicas en su nombre en caso de que usted no sea capaz de entender un procedimiento o tratamiento propuesto, no pueda comunicar sus deseos con respecto a sus cuidados, o en caso de que usted sea menor de edad. La persona designada tiene derecho, en la medida en que la ley lo permita, a ejercer los derechos que usted tenga como paciente en su nombre.
10. Usted y su representante designado/a tienen derecho a participar en cuestiones éticas que surjan durante sus cuidados.
11. Usted también tiene derecho a comunicarse con familiares, amigos y otras personas mientras sea paciente de la Entidad, a menos que la terapia requiera restricciones para ser efectiva. También tiene derecho a recibir visitas a los visitantes que usted elija, como su cónyuge, pareja de hecho (puede ser del mismo sexo), familiares y amigos. Este derecho está sujeto a las restricciones clínicas o razonables impuestas por la Entidad o su médico. También tiene derecho a rechazar visitas en cualquier momento.
12. Usted y su representante legal tienen derecho a acceder a la información contenida en su historia clínica de manera oportuna de conformidad con la ley estatal y federal.
13. Puede solicitar una explicación de la factura de la entidad, incluso si no va a pagar por la atención que recibió.
14. Tiene derecho a establecer directivas anticipadas y a que los médicos y el personal de la Entidad respeten sus directivas de conformidad con la ley estatal y federal.
15. Tiene derecho a la privacidad personal y a que su información médica sea tratada con confidencialidad en la medida en que la ley lo permita.
16. Tiene derecho a recibir cuidados en un entorno seguro.
17. Tiene derecho a no sufrir abuso ni hostigamiento.
18. Tiene derecho a no sufrir inmovilizaciones que no sean médicamente necesarias; estas incluyen medicamentos e inmovilizaciones físicas.
19. Tiene derecho a no sufrir aislamientos ni inmovilizaciones como parte de la gestión de su comportamiento, salvo en casos de emergencia cuando sea necesario por su seguridad cuando otros medios menos restrictivos puedan haber sido ineficientes.
20. Tiene derecho a aceptar o rechazar participar en cualquier investigación humana u otro proyecto educativo que afecte los cuidados que reciba. También tiene derecho a recibir información acerca de los riesgos y beneficios previstos de cualquier investigación en la que decida participar, y acerca de cualquier tratamiento alternativo del que pueda beneficiarse. Si rechaza participar en el proyecto o la investigación, sus cuidados no se verán afectados de ninguna manera.
21. Tiene derecho a que su dolor sea evaluado y tratado de manera adecuada, y a recibir información acerca del dolor y de las medidas que pueden tomarse para aliviarlo.
22. Tiene derecho a obtener información sobre la relación de la Entidad con otras Entidades de atención médica en la medida en que se relacionen con sus cuidados.
23. Tiene derecho a presentar una queja ante la Entidad con respecto a sus cuidados o si considera que está siendo dado/a de alta demasiado pronto. Sus cuidados no se verán afectados por presentar una queja. Los pasos para presentar quejas se detallan al final de esta declaración.
24. Si hubiera alguna barrera lingüística y/o si tuviera una dificultad auditiva, tiene derecho a solicitar y contar con ayuda lingüística (p. ej., un(a) intérprete). Este servicio será totalmente gratuito para ayudarle a participar activamente en sus cuidados.

Sus responsabilidades como paciente

Su contribución a su propia atención médica es fundamental, y puede participar en dicho proceso a través del cumplimiento de determinadas responsabilidades. Como paciente, sus responsabilidades son las siguientes:

1. **Brindar correctamente toda la información acerca de su condición médica y cualquier tratamiento médico actual o pasado.**
2. **Hacer preguntas o reconocer cuando no comprenda el ciclo de tratamiento o la decisión tomada para sus cuidados.**
3. **Respetar el plan de tratamiento recomendado por su médico y otros profesionales de atención médica. Usted será la única persona responsable si elige no respetar su plan de tratamiento.**
4. **Discutir con su médico y enfermero/a qué esperar con respecto al dolor y al tratamiento del dolor asociado con su enfermedad, lo que incluye a) opciones para aliviar el dolor, b) posibles limitaciones y efectos secundarios del tratamiento para el dolor, y c) cualquier inquietud que tenga sobre tomar medicamentos para el dolor. Es su responsabilidad consultar sobre tratamientos o maneras de aliviar el dolor cuando este comience y comunicarle al médico o enfermero/a si no hay alivio.**
5. **Tener consideración y respeto para con los demás pacientes, empleados de la Entidad, y sus médicos.**
6. **Cumplir con las normas de la Entidad sobre la conducta de los pacientes, incluido el consumo de cigarrillos.**
7. **Asegurarse de que los cargos por los servicios de atención médica que reciba sean pagados tan pronto como sea posible. Si un tercero es quien paga estos cargos, usted puede asistir en el proceso de pago al proporcionar correctamente y en su totalidad la información financiera, la información del seguro, y cualquier otra información relacionada con la cobertura.**
8. **No se tolerarán comportamientos agresivos. Algunos ejemplos de comportamientos agresivos incluyen agresión física, hostigamiento verbal, lenguaje abusivo y amenazas.**

Resolución de problemas

Nuestra meta es superar sus expectativas en cada interacción que tenga. Si tuviera alguna inquietud sobre la atención recibida o su experiencia, no dude en informarnos inmediatamente al respecto.

Para abordar un problema con mayor rapidez, puede hablar con su enfermero/a u otro/a profesional de atención médica que participe en su atención. Sin embargo, si considera que un problema no está siendo abordado de manera adecuada, o si necesita ayuda adicional, llame al número principal de la Entidad (que aparece en esta guía) y pida que le comuniquen con un administrador o coordinador de quejas.

La ley federal da a los pacientes de cada Entidad el derecho a ser informados sobre cómo presentar una queja sobre la Entidad relacionada con su atención, o si consideran que están siendo dados de alta de la Entidad antes de tiempo. Cada paciente tiene derecho a ser informado/a sobre cómo será atendida la queja, incluido el proceso de respuesta y resolución desarrollado por la Entidad. El proceso de resolución de quejas forma parte del Programa confidencial de mejora de la calidad de la Entidad.

Tanto el administrador como el coordinador de quejas puede explicar el proceso para presentar una queja. Las quejas pueden ser presentadas de forma verbal o por escrito. Usted también recibirá información sobre la resolución de la queja, ya sea de forma verbal o por escrito, dependiendo de la naturaleza de la queja. Todas las quejas son documentadas al momento de la notificación y son investigadas de manera oportuna. Si la queja es considerada una queja formal, usted recibirá una respuesta por escrito en el transcurso de los 30 días siguientes a partir de la fecha de notificación.

Si considera que la Entidad no ha resuelto o atendido su problema de forma satisfactoria, puede comunicarse con:

Health and Human Services Commission Complaint and Incident Intake (Captura de quejas e incidentes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos) Línea de ayuda para quejas (de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.)

ellas o 800-735-2989

(personas con discapacidades auditivas/del habla)

Correo electrónico: HFC.Complaints@hhs.texas.gov

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights>

Dirección: Health and Human Services Commission
Complaint and Incident Intake
Mail Code E-249
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714-9030

Fax: 833-709-5735

The Joint Commission

Teléfono: 800-994-6610 (instrucciones automatizadas sobre cómo presentar un reporte o una inquietud)

En línea o por fax: Ingrese a jointcommission.org y seleccione *Reportar un incidente de seguridad de un(a) paciente (Report a Patient Safety Event)* desde el Centro de acción (Action Center) en la página de inicio. Puede presentar una inquietud en línea o imprimir el formulario y enviarlo por fax al 630-792-5636.

Correo postal: Imprima/llene el formulario (vea la sección anterior) y envíelo a:
Office of Quality and Patient Safety
The Joint Commission
One Renaissance Blvd.

Oakbrook Terrace, IL 60181

Los reportes sobre incidentes de seguridad de pacientes pueden ser presentados de forma anónima y confidencial. Sin embargo, las personas que proporcionen su nombre e información de contacto permitirán a The Joint Commission comunicarse con ellas para obtener más información, si fuera necesario, y para confirmar cómo se maneja el reporte.

Los beneficiarios de Medicare que tengan quejas con respecto a la calidad de la atención, decisiones relacionadas con la cobertura, o altas hospitalarias prematuras tienen derecho a que su queja sea revisada por la Organización de Mejora de la Calidad. Esta organización consiste en un grupo de médicos subvencionados por el gobierno federal para revisar la necesidad médica, la pertinencia y la calidad de los tratamientos brindados por la Entidad a pacientes de Medicare. Contacto:

Acentra Health

Teléfono: 888-315-0636 u 813-280-8256

TTY: 855-843-4776

Fax: 844-878-7921

Correo electrónico: beneficiary.complaints@hcqis.org

Dirección: 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900
Tampa, FL 33609

Los pacientes que sientan que han sido discriminados en una Entidad de Texas Health por motivos de raza, color, origen nacional, religión, edad, discapacidad, identidad de género, sexo o fuentes de pago, tienen derecho a presentar una queja. La descripción por escrito de la presunta discriminación deberá ser enviada o entregada a la atención del presidente del hospital o del coordinador de quejas de la Entidad correspondiente, de preferencia en el transcurso de los 30 días después del incidente.

Información de contacto de los centros de Texas Health

- ❑ **Texas Health Arlington Memorial Hospital** | 817-960-6100
800 W. Randol Mill Road, Arlington, TX 76012
- ❑ **Texas Health Heart & Vascular Hospital** | 817-960-3590
811 Wright Street, Arlington, TX 76012
- ❑ **Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano** | 972-403-2700
6020 W. Parker Road, Plano, TX 75093
- ❑ **Texas Health Flower Mound** | 469-322-7000
4400 Long Prairie Road, Flower Mound, TX 75028
- ❑ **Texas Health Harris Methodist Hospital Alliance** | 682-212-2000
10864 Texas Health Trail, Fort Worth, TX 76244
- ❑ **Texas Health Harris Methodist Hospital Azle** | 817-444-8600
108 Denver Trail, Azle, TX 76020
- ❑ **Texas Health Harris Methodist Hospital Cleburne** | 817-641-2551
201 Walls Drive, Cleburne, TX 76033
- ❑ **Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth** | 817-250-2000
1301 Pennsylvania Ave., Fort Worth, TX 76104
- ❑ **Texas Health Neighborhood Care & Wellness Burleson** | 817-782-8000
2750 S.W. Wilshire Blvd., Burleson, TX 76028
- ❑ **Texas Health Neighborhood Care & Wellness Willow Park** | 817-757-1500
101 Crown Pointe Blvd., Willow Park, TX 76087
- ❑ **Texas Health Harris Methodist Hospital Hurst-Euless-Bedford** | 817-848-4000
1600 Hospital Parkway, Bedford, TX 76022
- ❑ **Texas Health Springwood Behavioral Health Hurst-Euless-Bedford** | 682-236-6023
2717 Tibbets Drive, Bedford, TX 76022
- ❑ **Texas Health Harris Methodist Hospital Southwest Fort Worth** | 817-433-5000
6100 Harris Parkway, Fort Worth, TX 76132
- ❑ **Texas Health Hospital Clearfork** | 817-433-7000
5400 Clearfork Main St., Fort Worth, TX 76109
- ❑ **Texas Health Harris Methodist Hospital Stephenville** | 254-965-1500
411 N. Belknap St., Stephenville, TX 76401
- ❑ **Texas Health Hospital Frisco** | 469-495-2000
12400 Dallas North Tollway, Frisco, TX 75033
- ❑ **Texas Health Presbyterian Hospital Allen** | 972-747-1000
1105 Central Expressway N., Allen, TX 75013
- ❑ **Texas Health Presbyterian Hospital Dallas** | 214-345-6789
8200 Walnut Hill Lane, Dallas, TX 75231
- ❑ **Texas Health Behavioral Health Dallas** | 682-236-6023
8200 Walnut Hill Lane, Dallas, TX 75231
- ❑ **Texas Health Presbyterian Hospital Denton** | 940-898-7000
3000 N. Interstate Highway 35, Denton, TX 76201
- ❑ **Texas Health Presbyterian Hospital Kaufman** | 972-932-7200
850 Ed Hall Drive, Kaufman, TX 75142
- ❑ **Texas Health Presbyterian Hospital Plano** | 972-981-8000
6200 W. Parker Road, Plano, TX 75093
- ❑ **Texas Health Neighborhood Care & Wellness Prosper** | 469-329-7900
1970 W. University Drive, Prosper, TX 75078
- ❑ **Texas Health Seay Behavioral Health Plano** | 682-236-6023
6110 W. Parker Road, Plano, TX 75093
- ❑ **Texas Health Recovery & Wellness Center** | 682-236-6023
240 N. Miller Road, Mansfield, TX 76063
- ❑ **Texas Health Rockwall** | 469-698-1000
3150 Horizon Rd., Rockwall TX 75082
- ❑ **Texas Health Southlake** | 817-748-8780
1545 E. Southlake Blvd, Southlake TX 75092
- ❑ **Texas Health Specialty Hospital Fort Worth** | 817-250-5500
1301 Pennsylvania Ave., Fort Worth, TX 76104

Aviso de no discriminación

Las Entidades de Texas Health, como beneficiarias de asistencia financiera federal, no excluyen de participar, no niegan beneficios ni discriminan a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, religión, edad, discapacidad, identidad de género, sexo, o fuentes de pago en lo que respecta a la admisión, participación o recepción de servicios y beneficios de cualquiera de sus programas o actividades, al margen de que estos sean llevados a cabo por la Entidad directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual la Entidad acuerde llevar a cabo sus programas o actividades.

La Entidad no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, religión, edad, discapacidad, identidad de género, sexo o fuentes de pago en temas de admisiones de pacientes, asignaciones de habitaciones, servicios a pacientes o contratación.

La Entidad proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros. La Entidad también proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo primer idioma no sea el inglés. Si usted necesita estos servicios, informe a nuestro personal que tiene necesidades especiales para la comunicación efectiva.

Si usted cree que la Entidad no ha cumplido con proporcionar estos servicios adecuadamente o que lo/la ha discriminado de cualquier otra forma por motivos de raza, color, origen nacional, religión, edad, discapacidad, identidad de género, sexo o fuentes de pago, puede presentar una queja. Por favor, comuníquese con el coordinador de quejas 504 escribiendo a la dirección de la Entidad que aparece en esta guía para presentar una queja.

Toda queja deberá ser presentada por escrito e incluir el nombre y la dirección de la persona que la está presentando, además de describir brevemente el incidente de discriminación.

Las quejas deberán ser presentadas ante el coordinador de quejas 504 en el transcurso de los 30 días siguientes a partir del momento en que usted se percató del supuesto incidente de discriminación. El coordinador de quejas 504 investigará la queja. El coordinador de quejas 504 deberá emitir una decisión por escrito determinando la validez de la queja a más tardar 30 días después de la presentación de la queja.

Puede presentar una queja por discriminación de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf o por correo postal o por teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services 1301 Young St., Suite 1169 | Dallas, TX 75202 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en línea en hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

Trabajando juntos por la seguridad de los pacientes

Caídas de pacientes

Es común que los pacientes sufran caídas en las entidades de atención médica. Tanto su estado de salud como sus medicamentos pueden causarle debilidad, confusión o temblores. Además, los cables, sondas y equipos médicos hacen que sea más difícil desplazarse en la habitación. ¿Qué puede hacer?

- Pida ayuda para levantarse de la cama o para ir al baño
- Mantenga a su alcance los artículos que use con frecuencia
- Evite el desorden en su habitación

Manos limpias

Lavarse las manos con agua y jabón o con gel para manos es una de las cosas más importantes que puede hacer para prevenir infecciones.

- Lávese las manos a menudo con agua y jabón durante al menos 20 segundos o, en caso de no contar con agua y jabón, use el desinfectante para manos proporcionado por el hospital.
- Pida a su familia y amigos que se laven las manos.
- Si ve que un miembro del equipo de atención médica olvida lavarse las manos, pídale que lo haga.
- Use un pañuelo de papel para cubrirse al toser o estornudar. Deseche el pañuelo de papel usado y límpiense las manos inmediatamente después.

Identificación del/de la paciente

Los medicamentos y tratamientos ofrecen beneficios siempre que sean para el/la paciente correcto/a por las razones correctas.

- Sus médicos y enfermeros le preguntarán su nombre y fecha de nacimiento a menudo y compararán su información contra su historia clínica.
- Siempre haga preguntas en caso de no estar seguro/a de algo.
- Mantenga su brazalete o brazaletes de identificación puestos y a la vista.

Pausas quirúrgicas

Si se va a someter a un procedimiento o a una cirugía, sus médicos y el personal de enfermería revisarán una lista de verificación para asegurarse de que todos estén preparados. Esta lista se conoce como "pausa quirúrgica".

- Sus médicos y el personal de enfermería verificarán su información, el procedimiento o la cirugía, la ubicación del área en su cuerpo y cualquier información adicional.
- Si está despierto/a, escuche y responda a las preguntas que le hagan sus médicos y el personal de enfermería. No dude en mencionar cualquier inquietud o pregunta que pueda tener.

Llamadas telefónicas no solicitadas

Por su seguridad, tenga cuidado con las llamadas telefónicas no solicitadas. El área de registro podría llamar a su habitación para pedir información sobre su seguro o un accidente relacionado. Sin embargo, si recibe una llamada sospechosa, notifique a un miembro del personal tan pronto como sea posible.

Antibióticos

En Texas Health estamos dedicados a su seguridad y a su bienestar. Antibiotic Stewardship (administración de antibióticos) incluye educar a los pacientes y a sus familiares, amigos, médicos y enfermeros sobre cómo elegir el mejor plan antibiótico para usted a fin de evitar el uso innecesario de antibióticos y disminuir la resistencia a los mismos.

La resistencia a los antibióticos sucede cuando el medicamento no puede matar o debilitar a las bacterias o los hongos. Esto significa que podría desarrollar una infección de la cual no podamos deshacernos con antibióticos. Tomar antibióticos innecesarios, o no tomar todos los antibióticos que le recetaron, puede hacerle daño.

Si debe tomar antibióticos, asegúrese de saber cómo tomar su medicamento y de terminar de tomarlo todo. Si no está seguro/a, consulte con sus médicos y enfermeros.

Si usted está enfermo/a y no se supone que deba tomar antibióticos, pregunte a sus médicos y enfermeros qué puede hacer para sentirse mejor.

Precauciones de aislamiento

A veces se toman medidas adicionales para evitar la propagación de una infección. Sus médicos, enfermeros, familiares u otros visitantes usarán batas, mascarillas, protectores faciales y/o guantes de ser necesario. Si tiene alguna inquietud o pregunta, no se quede callado/a.

Enfermedad	Causa habitual de la enfermedad		¿Es necesario tomar un antibiótico?
	Virus	Bacterias	
Resfriado / secreción nasal	✓		NO
Bronquitis / catarro (en personas sanas)	✓		NO
Tos ferina		✓	SÍ
Influenza	✓		NO
Infección de la garganta		✓	SÍ
Dolor de garganta (<u>no</u> infección de la garganta)	✓		NO
Líquido en el oído medio (otitis media con efusión)	✓		NO
Infección de la vejiga con signos y síntomas (UTI – infección del tracto urinario)		✓	SÍ

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos

SCD (dispositivos de compresión secuencial) y bombas de pie

Los SCD (dispositivos de compresión secuencial) y las bombas de pie son dispositivos médicos que se usan para ayudar a prevenir los coágulos de sangre y la inflamación. Por su seguridad, su médico ordenará SCD o bombas de pie para usted después de la cirugía y/o si no puede desplazarse lo suficiente.

Los SCD se colocan alrededor de las piernas y las bombas de pie envuelven los pies. En ambos casos, el aire infla el equipo cada ciertos intervalos de tiempo (de 20 a 60 segundos) y masajea sus piernas/pies para mantener el flujo sanguíneo.

Los SCD y las bombas de pie son una parte importante de sus cuidados. No cambie la configuración ni se quite los SCD o las bombas de pie por su cuenta. Si siente algo de incomodidad o nota cambios en su piel, informe al personal de inmediato. Al igual que con otros aspectos de sus cuidados, siempre infórmenos si tiene alguna pregunta o inquietud.

Su comodidad es importante para nosotros

¿Por qué es importante un plan para aliviar el dolor?

Cuando una persona está cómoda (sin dolor), generalmente duerme y come mejor, tiene más energía y sana más rápidamente.

¿Qué técnicas pueden implementarse para aliviar el dolor?

Contamos con una variedad de opciones que pueden ayudarle a sentirse mejor y a favorecer su recuperación. Si se combinan algunas de estas técnicas con medicamentos para el dolor, podría sentirse mejor y más relajado/a en comparación con cómo se sentiría con medicamentos para el dolor únicamente. Es posible que algunas técnicas funcionen mejor que otras en su caso. Los recursos adicionales para aliviar el dolor incluyen: aplicación de calor o frío, oración, técnicas de relajación, música, cambios de posición y uso de almohadas. Trabajaremos en conjunto para crear un plan personalizado para aliviar el dolor y registraremos con regularidad qué opciones son efectivas para usted.

¿Qué medicamentos pueden utilizarse?

Además de los recursos que utilizamos para que se sienta más cómodo/a (aliviar el dolor), existen muchos tipos de medicamentos para el dolor que pueden ayudarle a sentirse

mejor. El tipo de medicamento que usemos dependerá del tipo de dolor que sienta, la causa del dolor, sus antecedentes médicos y muchos otros factores. Los medicamentos como Tylenol® (acetaminofeno), aspirina o Advil® (ibuprofeno) se utilizan para el dolor leve a moderado. Otros medicamentos, como relajantes musculares y antidepresivos, también son útiles en otras situaciones. Su médico decidirá si necesita medicamentos más fuertes.

¿Cuáles son los efectos secundarios comunes de los medicamentos?

Algunos efectos secundarios comunes incluyen malestar estomacal (náuseas) o vómitos, dolor estomacal, estreñimiento, cansancio, mareos y dolor de cabeza.

Antes de regresar a casa, debe comprender su plan para aliviar el dolor.

- ¿Qué se puede hacer para aumentar mi nivel de comodidad?
- ¿Qué medicamento debo tomar, qué cantidad y con qué frecuencia?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de mi medicamento?
- ¿Cómo se pueden prevenir y tratar los efectos secundarios de mi medicamento?
- ¿Qué otros enfoques no basados en la medicina pueden ayudar a aliviar mi dolor?

¿De qué forma cambiarán mis actividades diarias mi nivel de dolor?

Las actividades diarias pueden cambiar su nivel de dolor y la acción de los medicamentos. El movimiento y la actividad pueden aumentar su nivel de dolor y/o disminuir la eficacia de sus tratamientos para el manejo del dolor. Para algunas personas, resulta beneficioso descansar entre las actividades y programarlas mientras el medicamento para el dolor es más efectivo. Estos son algunos consejos que funcionan para muchas personas:

- Planifique pausas de descanso
- Tómese todo el tiempo que necesite para hacer las actividades normales
- Descanse antes de sentirse cansado/a
- Duerma de 6 a 8 horas cada noche

Si le fuera difícil relajarse, escuche su música favorita, imagine una actividad tranquila o un lugar tranquilo, rece o medite.

¿Qué debería preguntarle a mi médico o enfermero/a?

Haga preguntas y comparta sus inquietudes acerca de sus medicamentos, su nivel de comodidad y su plan para controlar el dolor en cualquier momento.

Seguridad en el uso, almacenamiento y desecho de medicamentos.

Si vuelve a casa con medicamentos, pregunte a su enfermero/a cómo usar, guardar y desechar los medicamentos de forma segura.

Historias clínicas electrónicas

¿Qué es una historia clínica electrónica de Texas Health?

Una historia clínica electrónica es una historia clínica computarizada. Sirve como base de datos central de hechos importantes, así como de resultados de análisis y cirugías, recolectados a través de diferentes puntos de contacto que usted podría haber experimentado: la sala de emergencias, análisis y chequeos ambulatorios, una cirugía, una estadía en un centro de hospitalización o un consultorio médico que utiliza la misma historia clínica electrónica.

¿Qué se registra en una historia clínica electrónica de Texas Health?

Su historia clínica podría incluir sus antecedentes de salud y los de su familia, medicamentos, resultados de laboratorio y radiología, comentarios del médico y notas quirúrgicas.

¿Cómo me benefician las historias clínicas electrónicas?

Seguridad: Las instrucciones, los resultados y las órdenes son registrados utilizando un teclado en lugar de ser escritos a mano. Para su protección, se pueden anotar también alergias e interacciones con medicamentos.

Coordinación de la atención: Los diferentes profesionales que puedan participar en su atención médica tendrán acceso a sus antecedentes médicos a través de una plataforma central.

Relación costo-eficacia: Podría ser innecesario volver a hacer ciertas pruebas cuando se puede acceder fácilmente a los resultados.

Atención de emergencia: Su historia podría reflejar sus deseos, necesidades y tratamientos aun cuando usted no pueda recordar esa información o hablar por sí mismo/a.

¿Cómo están conectados mis médicos y cómo utilizan la historia clínica electrónica de Texas Health?

Los médicos del personal médico de las Entidades de Texas Health que participan en sus cuidados tienen acceso a estas historias clínicas según la autorización otorgada por usted al firmar el formulario de egistro/admisión en el hospital. Ellos podrán acceder a estas historias desde dentro y fuera del hospital para supervisar y guiar sus cuidados. La información que tengan en sus consultorios (ya sea en papel o en formato digital) podría formar parte de estas historias.

Cada vez hay más médicos de atención primaria que, con su permiso, pueden acceder a estos archivos a través del sistema de historias clínicas electrónicas de Texas Health, pese a que podrían no supervisar su atención mientras usted se encuentre en el hospital. De esta manera, los médicos pueden mantenerse conectados con su progreso y sus resultados hasta que usted vuelva a visitarlos para sus cuidados de seguimiento.

¿Cómo se protegen mis datos?

Texas Health Resources cumple con las leyes de privacidad y seguridad para la protección de la información de salud. Los miembros del equipo de tratamiento tienen acceso a las historias clínicas con el fin de brindarle atención médica, al margen de que usted pueda hablar o no. El término "equipo de tratamiento" se refiere a su médico y otros profesionales de atención médica. Si usted desea que se informe a su familia y amigos sobre su atención médica y su condición, podrá autorizarlo en un formulario que firmará al momento de registrarse o de su admisión en el centro. Cada centro tiene un coordinador de privacidad que puede responder sus preguntas sobre el uso de la información de salud y el acceso a la misma.

Medicamentos para pacientes ambulatorios de Medicare

Información importante de cobertura para pacientes de Medicare

Preguntas y respuestas

El programa Medicare ofrece solo beneficios limitados para medicamentos indicados a pacientes ambulatorios. Puntualmente, Medicare no cubre los medicamentos que generalmente son "autoadministrados". Por lo tanto, las entidades deben facturar los medicamentos que Medicare considere como "generalmente" autoadministrados directamente a los pacientes de Medicare. Los pacientes en estado de observación son considerados pacientes ambulatorios por Medicare. Aquí figuran las respuestas a las preguntas más frecuentes relacionadas con la cobertura de Medicare para los medicamentos indicados a pacientes ambulatorios.

1. ¿Cuáles son los medicamentos autoadministrados en el caso de pacientes ambulatorios?

Los medicamentos que Medicare considera como generalmente "autoadministrados" por el/la paciente no están cubiertos en la Parte B de Medicare (cobertura para pacientes ambulatorios) cuando se proporcionan a un(a) paciente no hospitalizado/a en un centro. Esto incluye a los pacientes que se encuentran en el centro en observación ambulatoria para determinar si es necesaria una admisión.

2. ¿Cuáles son los medicamentos que Medicare considera como generalmente autoadministrados?

En general, Medicare considera como medicamentos autoadministrados a todos aquellos medicamentos que se toman por vía oral, que se administran como supositorio o que se colocan sobre la piel. Esto incluye la dosis diaria de insulina, salvo que se administre en una situación de emergencia a un(a) paciente en coma diabético. Además, tampoco están cubiertos aquellos medicamentos recetados para el tratamiento prolongado en casa luego de ser dado/a de alta del centro.

3. ¿Están cubiertos los medicamentos administrados por el personal de enfermería?

Medicare no cubre la mayoría de los medicamentos para pacientes ambulatorios, incluso si el/la enfermero/a deba verterlo o prensarlo de algún modo antes de administrárselo.

4. ¿Medicare cubre los medicamentos autoadministrados proporcionados luego de una cirugía ambulatoria?

Medicare no cubre los medicamentos autoadministrados, incluso si son proporcionados luego de una cirugía ambulatoria o de cualquier otro procedimiento ambulatorio.

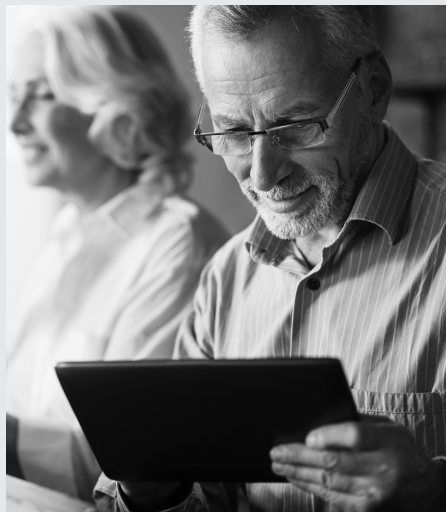
5. ¿Estarán cubiertos estos medicamentos si mi condición cambia de paciente ambulatorio/a a internado/a?

Sí. Si su médico cambia su condición de paciente ambulatorio/a a paciente internado/a durante su estadía en el centro, sus medicamentos estarán cubiertos conforme a la cobertura de hospitalización de la Parte A de Medicare. Recuerde: si su médico indica que permanezca en el centro en observación, esta estadía se considerará ambulatoria.

6. ¿Dónde puedo obtener más información?

Lea con atención el manual de Medicare, *Medicare and You* (Medicare y usted), para más información sobre los beneficios de Medicare. También puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227) o ingresar a la página cms.hhs.gov.

Recursos en línea



Registro anticipado en línea

Puede registrarse anticipadamente en línea: es rápido, fácil y seguro.

Puede completar el proceso de registro anticipado del centro en línea a través de MyChart para su siguiente servicio programado, estadía de maternidad o cirugía electiva. Empiece por recopilar información primaria y secundaria de su seguro u otra cobertura, datos específicos de su garante (y del empleo del mismo) y números de contacto en caso de emergencia.

Ingresa a TexasHealth.org/Pre-Register para obtener instrucciones sobre cómo registrarse por anticipado a través de Texas Health MyChart.

Todas las **pacientes de maternidad** deben completar su registro por anticipado en la opción "Register My Delivery" (Registrar mi parto) de MyChart tan pronto como sea posible para que haya tiempo de hacer las coordinaciones financieras antes del parto.

Los pacientes que no sean del área de maternidad, pero que tengan una fecha programada para una intervención médica, deben completarlo al menos tres días antes de la admisión, o con más antelación cuando sea posible. El personal de Texas Health quiere asegurar que usted tenga una excelente experiencia, y coordinar con usted y su cobertura con respecto a cualesquiera asuntos financieros tan pronto como sea posible es la mejor manera de proteger esto. Si todavía no se ha programado su admisión, comuníquese con su médico para fijar la fecha y hora de su procedimiento, luego ingrese al sitio web y complete el registro previo en línea.

Para recibir ayuda o realizar el registro previo por teléfono, llame al 877-PRE-ADMT (877-773-2368).

Horario de atención: De lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Aviso de declaración de prácticas de privacidad

Este Aviso detalla las maneras en que su información médica podría ser usada y divulgada y cómo podrá tener acceso a ella. Léalo atentamente.

Su información de salud

Cada vez que usted visita un Centro o acude a un médico u otro proveedor de atención médica, se hace un registro de su visita para llevar un control de la atención que usted recibe. Las Entidades de Texas Health Resources que se detallan en este documento comprenden la naturaleza personal de la información médica que se registra sobre usted y su salud. La confidencialidad de su información de salud también se encuentra protegida por la ley estatal y federal.

Este Aviso de declaración de prácticas de privacidad detalla la manera en que las Entidades de Texas Health podrán utilizar y divulgar su información, y describe sus derechos con respecto a su información de salud. El Aviso se aplica a todas las Entidades de atención médica de Texas Health (para la atención tanto hospitalaria como ambulatoria). También se aplica a los médicos y profesionales paramédicos que cuenten con privilegios de personal dentro de las Entidades de Texas Health¹, en el caso de los episodios de cuidados que tengan lugar en la Entidad y se realicen en colaboración con las Entidades de Texas Health.

Texas Health cuenta con una historia clínica electrónica y no usará su información de salud ni la divulgará sin su autorización por escrito, salvo en los casos descritos en este Aviso. El uso o divulgación de su información de salud, conforme a este Aviso, podría incluir una transferencia electrónica de la misma.

Sus derechos sobre su información de salud

Si bien su información de salud es propiedad física de la Entidad o del profesional médico que la recopiló, dicha información le pertenece a usted, y usted tiene ciertos derechos sobre la misma. Tiene derecho a:

- Solicitar, por escrito, una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, la ley no exige la aceptación de esa solicitud (p. ej., cuando se determina que el cumplimiento de esta restricción no puede garantizarse). Además, usted tiene derecho a solicitar, por escrito, una restricción en la divulgación de su información de salud a un plan de salud con relación a los servicios de tratamiento por los cuales usted haya pagado todos los gastos. En este caso, nosotros accederemos a su solicitud. Usted será responsable de notificar esta restricción a los demás proveedores;
- Solicitar, por escrito, revisar u obtener una copia de su historia clínica según lo estipulado por la ley, incluidos todos sus resultados de laboratorio, tanto del departamento de historias clínicas como del laboratorio de referencia;
- Solicitar, por escrito, que su historia clínica sea modificada, según lo estipulado por la ley, si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta. Recibirá una notificación si no fuera posible acceder a su solicitud;
- Solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a su información de salud de una determinada manera o en una determinada ubicación. Se concederán las solicitudes razonables;
- Solicitar, por escrito, obtener un registro de divulgaciones o un informe sobre las personas que hayan tenido acceso a su información de salud, según lo estipulado por la ley. El informe de acceso solo estará disponible una vez que los reglamentos federales entren en vigencia; y
- Obtener, a solicitud, una copia impresa de este Aviso de declaración de prácticas de privacidad. Para poder ejercer estos derechos, envíe una solicitud al contacto del coordinador de privacidad que figura en este Aviso.

Nuestras responsabilidades

Texas Health tiene determinadas responsabilidades con respecto a su información de salud, incluida la obligación de:

- Mantener la privacidad de su información de salud;
- Proporcionarle este Aviso que describe las responsabilidades legales de Texas Health y las prácticas de privacidad con relación a la información que conservamos sobre usted;
- Respetar los términos del Aviso actualmente vigentes; e
- Informarle que el hospital debe conservar su historia clínica por el tiempo requerido por la ley, y que podrá desecharla según lo permitido por la ley.

Texas Health se reserva el derecho a modificar estas prácticas y políticas de privacidad de la información y a realizar los cambios que correspondan a la información de salud que conservemos. En caso de hacerse cambios, el Aviso de declaración de prácticas de privacidad revisado se encontrará disponible en todas las Entidades de Texas Health, será publicado en el sitio web de cada Entidad, y será proporcionado cuando se solicite.

¹ Los médicos del personal médico ejercen su profesión de forma independiente y no son empleados ni agentes de los hospitales de Texas Health ni de Texas Health Resources.

Aviso de declaración de prácticas de privacidad *(continuación)*

Usos y divulgaciones de la información de salud sin autorización

Cuando usted recibe servicios de cualquier Entidad de Texas Health, determinados usos y divulgaciones de su información de salud son necesarios y están permitidos por la ley con el fin de brindarle un tratamiento, procesar pagos y respaldar las operaciones de la Entidad y de otros proveedores involucrados. Las siguientes categorías describen las maneras en que las Entidades de Texas Health utilizan o divulgan su información, y se proporcionan algunos ejemplos representativos de cada categoría. Todas las maneras en las que se usa y divulga su información de salud deben estar incluidas en alguna de estas categorías.

Su información de salud será usada para su tratamiento.

Por ejemplo: Su información médica podrá ser compartida con los médicos, enfermeros, técnicos, médicos residentes u otras personas involucradas en sus cuidados dentro de una Entidad de Texas Health. Esta información podrá ser compartida con otros médicos que le brinden un tratamiento o con otras Entidades de atención médica que participen en sus cuidados. La información podrá ser compartida con farmacias, laboratorios o centros de radiología para la coordinación de diferentes tratamientos.

Su información de salud será usada para el pago.

Por ejemplo: Su información de salud podrá ser divulgada para que los servicios que se le proporcionen puedan ser facturados a una compañía de seguros u otra compañía de cobertura o a un tercero. La información acerca del tratamiento que usted vaya a recibir podrá ser proporcionada a su compañía de seguros u otra compañía de cobertura con el fin de obtener una aprobación previa o para determinar si su compañía de seguros u otra compañía de cobertura cubrirá el tratamiento.

Se utilizará su información de salud será utilizada para las operaciones relacionadas con la atención médica.

Por ejemplo: La información de su historia clínica podrá ser utilizada para evaluar y mejorar la calidad de los cuidados y servicios que brindamos. Los estudiantes, voluntarios y residentes podrían tener acceso a su información de salud con fines de capacitación y tratamiento mientras participen en programas de residencia, internados, capacitaciones y educación continua.

Intercambio de información de salud (HIE)

Texas Health participa en intercambios electrónicos de información de salud y podría compartir su información de salud, según se lo descrito en este Aviso. La participación es voluntaria. Se le dará la oportunidad de optar por participar en los intercambios de información de salud en forma electrónica al momento de su admisión/registro.

Socios comerciales

Existen algunos servicios que proporcionamos por medio de contratos con socios comerciales externos. Por ejemplo, agencias de transcripción y servicios de fotocopiado. Para proteger su información de salud, Texas Health exige que estos socios comerciales protejan su información de manera adecuada.

Directorio

A menos que presente un aviso de objeción, su nombre, ubicación dentro de la Entidad, condición general y afiliación religiosa aparecerán en el directorio de pacientes de las Entidades donde se mantengan dichos directorios. Esta información podrá ser compartida con miembros del clero. Esta información, salvo su afiliación religiosa, también podría ser compartida con otras personas que pregunten por usted por nombre.

Continuidad de los cuidados

A fin de proporcionar la continuidad de sus cuidados luego de recibir el alta en alguna de nuestras Entidades, su información podrá ser compartida con otros proveedores de atención médica, como agencias de atención médica domiciliaria. Su información de salud podrá ser compartida con agencias de servicios comunitarios para obtener, en su nombre, los servicios que estas proporcionan.

Divulgaciones que requieren la aceptación verbal

A menos que usted presente un aviso de objeción, y de acuerdo con su consentimiento, su información médica podrá ser entregada a un(a) familiar o a otra persona que esté involucrada en sus cuidados médicos, o que ayude a pagar por los mismos. La información sobre usted podrá ser divulgada para notificar su ubicación y estado general a un(a) familiar, a un(a) representante legalmente autorizado/a, u otra persona responsable de sus cuidados. Esto podría incluir divulgaciones de información sobre usted a alguna organización que brinde asistencia tras desastres, como la Cruz Roja Americana, para que su familia pueda ser notificada de su condición. Usted tendrá la oportunidad de aceptar o rechazar dichas divulgaciones, a menos que esté incapacitado/a para hacerlo o que se trate de una situación de emergencia.

Para solicitar copias de su historia clínica, comuníquese con nuestro Departamento de Divulgación de Información.

Teléfono: 855-681-8243 | Correo electrónico: HIMSROI@TexasHealth.org | Dirección: 612 E. Lamar Blvd, Ste. 100, Arlington, TX 76011

Aviso de declaración de prácticas de privacidad *(continuación)*

Divulgaciones exigidas por la ley o permitidas sin autorización o aviso

De conformidad con las leyes estatales y federales, las siguientes divulgaciones de información de salud podrán llevarse a cabo sin su autorización escrita ni aceptación verbal:

- Cuando el cumplimiento de alguna ley federal, estatal o local, o proceso judicial o administrativo, requiera una divulgación. Por ejemplo, reportar heridas de bala o abuso infantil, o responder a órdenes judiciales;
- Para fines relacionados con la salud pública, como reportar información sobre nacimientos, fallecimientos y diversas enfermedades, o divulgaciones a la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) con respecto a eventos adversos relacionados con alimentos, medicamentos o dispositivos;
- Para actividades de supervisión de la salud, como auditorías, inspecciones o investigaciones profesionales;
- Divulgaciones a organizaciones proveedoras de órganos, para el propósito de trasplante y donación de tejidos;
- Para fines de investigación, cuando la investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido las pautas para la privacidad de su información de salud, o cuando la divulgación corresponde a un conjunto determinado de datos, donde los datos personales identificatorios han sido eliminados;
- Divulgaciones a oficiales forenses y directores funerarios para propósitos de identificación, la determinación de la causa del fallecimiento, o el desempeño de sus funciones, según lo autorizado por la ley;
- Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona o del público;
- Para funciones gubernamentales específicas, como la protección del Presidente de los Estados Unidos;
- Para fines relacionados con el Seguro de compensación del trabajador;
- Divulgaciones a autoridades del comando militar, según sea necesario en el caso de miembros de las Fuerzas Armadas;
- Divulgaciones a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y seguridad nacional, según lo autorizado por la ley; y
- Divulgaciones a instituciones correccionales o funcionarios de agencias del orden público con respecto a la información de salud de los presos, según lo autorizado por la ley.

Otros posibles usos o divulgaciones de su información de salud incluyen:

- Comunicarse con usted para proporcionarle recordatorios de citas para tratamientos o cuidados médicos, y para recomendarle alternativas de tratamiento;
- Notificarle sobre servicios y beneficios relacionados con la salud que podrían interesarle;
- Comunicarse con usted para informarle sobre programas de tratamiento de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades de la comunidad en las que participe Texas Health;
- Si Texas Health recibiera un pago por parte de un tercero para hacerle llegar comunicaciones a usted por ser un(a) paciente, se le informará que Texas Health está recibiendo dichos pagos. Usted tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones; y
- Usar su información de salud para recaudar fondos para una Entidad de Texas Health. Usted tendrá la oportunidad de optar por no recibir cualquier comunicación futura. Comuníquese con la Fundación de Texas Health Resources (*Texas Health Resources Foundation*) llamando al 682-236-5200 para solicitar que no le envíen más estas comunicaciones.

Notificación de incumplimiento

En ciertas instancias, usted tiene derecho a ser notificado/a en caso de que nosotros, o uno de nuestros asociados, descubra divulgaciones o usos inadecuados de su información de salud. El aviso sobre divulgaciones o usos inadecuados se hará según lo requerido por la ley estatal y federal.

Usos y divulgaciones requeridos

La ley nos obliga a hacer divulgaciones cuando la secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos así lo requiera para investigar o determinar nuestro cumplimiento de la ley federal de privacidad.

Usos y divulgaciones que requieren autorización

Cualquier otro uso o divulgación de su información de salud que no se mencione en este Aviso, o que no esté requerido por la ley, solo se podrá realizar mediante su autorización por escrito. Usted podrá revocar dicha autorización en cualquier momento. Algunos ejemplos específicos de los usos o divulgaciones que requieren autorización incluyen: el uso de notas psicoterapéuticas, actividades de marketing y algunos tipos de venta de su información de salud.

Aviso de declaración de prácticas de privacidad *(continuación)*

Quejas de privacidad

Usted tiene derecho a presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados. Puede enviar su queja al contacto responsable de privacidad que figura en este Aviso o a la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomarán represalias por presentar una queja.

Contacto de privacidad

Cualquier consulta sobre este Aviso o sobre cómo ejercer sus derechos de privacidad puede ser dirigida al coordinador de privacidad pertinente, cuya información de contacto figura a continuación.

Fecha de entrada en vigencia

Este Aviso entró en vigencia el 14 de abril de 2003. Revisado: 12 de abril de 2025.

Información de contacto del Coordinador de Privacidad

☐ Texas Health Arlington Memorial Hospital	877-847-7182
☐ Texas Health Heart & Vascular Hospital (Atención cardíaca y vascular)	877-847-0052
☐ Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano (Centro de diagnóstico y cirugía)	877-847-0052
☐ Texas Health Flower Mound	877-847-0052
☐ Texas Health Hospital Frisco	888-847-0012
☐ Texas Health Harris Methodist Hospital Alliance	877-847-7549
☐ Texas Health Harris Methodist Hospital Azle	877-847-7219
☐ Texas Health Harris Methodist Hospital Cleburne	877-847-3028
☐ Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth	877-847-7229
☐ Texas Health Neighborhood Care & Wellness Burleson	
☐ Texas Health Neighborhood Care & Wellness Willow Park (Cuidado y bienestar del vecindario)	
☐ Texas Health Harris Methodist Hospital Hurst-Euless-Bedford (Cuidado y bienestar del vecindario)	877-847-7062
☐ Texas Health Springwood Behavioral Health Hurst-Euless-Bedford (Salud del comportamiento)	877-847-7633
☐ Texas Health Harris Methodist Hospital Southwest Fort Worth	877-847-3032
☐ Texas Health Hospital Clearfork	877-847-3032
☐ Texas Health Harris Methodist Hospital Stephenville	877-847-2877
☐ Texas Health Presbyterian Hospital Allen	877-847-7535
☐ Texas Health Presbyterian Hospital Dallas	877-847-7282
☐ Texas Health Behavioral Health Dallas (Salud del comportamiento)	877-847-7633
☐ Texas Health Presbyterian Hospital Denton	877-847-7584
☐ Texas Health Presbyterian Hospital Kaufman	877-847-7371
☐ Texas Health Presbyterian Hospital Plano	877-847-7391
☐ Texas Health Neighborhood Care & Wellness Prosper (Cuidado y bienestar del vecindario)	
☐ Texas Health Seay Behavioral Health Plano (Salud del comportamiento)	877-847-7633
☐ Addiction Recovery Center by Texas Health (Centro de Recuperación de Adicciones de Texas Health)	877-847-7633
☐ Texas Health Rockwall	877-847-0052
☐ Texas Health Southlake	877-847-0052
☐ Texas Health Specialty Hospital Fort Worth (Hospital de especialidades)	877-847-2839

Para solicitar copias de su historia clínica, comuníquese con nuestro Departamento de Divulgación de Información.
Teléfono: 855-681-8243 | Correo electrónico: HIMSROI@TexasHealth.org | Dirección: 500 E. Border St., Suite 700, Arlington, TX 76010

Aviso sobre las quejas

Las quejas sobre médicos, así como sobre otras personas autorizadas y personas registradas en la Junta Médica de Texas (p. ej., asistentes médicos, acupunturistas, asistentes quirúrgicos, tecnólogos en radiología médica, técnicos de radiología sin certificación, profesionales de cuidados respiratorios, físicos médicos y perfusionistas) pueden reportarse para su investigación a la siguiente dirección:

**Texas Medical Board
Attention: Investigations
1801 Congress Avenue, Suite 9.200
P.O. Box 2018
Austin, Texas 78768-2018**

Puede obtener asistencia para presentar una queja llamando al siguiente número de teléfono:

1-800-201-9353

Para más información,
visite nuestro sitio web:

www.tmb.state.tx.us



AVISO DE RECOPIACIÓN DE DATOS PARA PACIENTES

DE CONFORMIDAD CON: LA 84.ª SESIÓN LEGISLATIVA ORDINARIA DE TEXAS, HB 764 SECCIÓN - 108.0095.

AVISO DE RECOPIACIÓN DE DATOS, la cual indica: Un proveedor deberá proporcionar a todo/a paciente cuyos datos estén siendo recopilados de acuerdo con este capítulo un aviso por escrito en un formulario prescrito por el departamento de la recopilación de los datos de dicho/a paciente para fines de atención médica.

El aviso proporcionado en cumplimiento de esta sección deberá incluir el nombre de la agencia o entidad que recibe los datos y el de un individuo dentro de la agencia o entidad con quien el/la paciente pueda comunicarse en lo referente a la recopilación de datos.

El departamento deberá incluir el aviso requerido en cumplimiento de esta sección en un formulario ya existente del departamento y garantizar la disponibilidad de dicho formulario en el sitio web del departamento.

TEXAS HEALTH RESOURCES

Este documento deberá proporcionar a los pacientes un aviso que indique que el Programa de Recopilación de Información de Salud (THCIC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas recibe datos de reclamos de pacientes con respecto a servicios brindados por el Proveedor mencionado.

Los datos de los reclamos de los pacientes se utilizan para ayudar a mejorar la salud de Texas a través de varios métodos de investigación y análisis.

La confidencialidad de los pacientes se mantiene de acuerdo con los estándares más altos y su información no estará sujeta a la divulgación al público.

El programa de THCIC se rige por estrictas pautas internas y externas según lo estipulado en el Capítulo 108 del Código de Salud y Seguridad de Texas y en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Para más información sobre los datos que están siendo recopilados, dirija todas sus preguntas a:

Bruce Burns
THCIC
Dept. of State Health
Services
Center for Health
Statistics, MC 1898
PO Box 149347
Austin, Texas 78714-9347

Ubicación
Moreton Building, M-660
1100 West 49th Street
Austin, TX 78756
Teléfono: 512-776-7261
Fax: 512-776-7740
Correo electrónico:
thcichelp@dshs.texas.gov

Consentimiento para el Intercambio de información de salud (HIE)

Autorizo a las entidades de Texas Health Resources, a Texas Health Physicians Group y a Texas Health Urgent Care a utilizar mi información médica según lo descrito en el Aviso de declaración de prácticas de privacidad para mi tratamiento médico continuo y a divulgar mi información médica a mis proveedores de atención médica mediante los Intercambios de información de salud (HIE) en los que participen las entidades. Entiendo que mi información médica podría incluir información sobre enfermedades transmisibles, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), registros de tratamientos de salud mental, así como el diagnóstico o tratamientos de abuso de sustancias o alcohol, y autorizo la divulgación de dicha información como parte de mi historia clínica. Los proveedores intentarán excluir de la información de salud compartida con el HIE de Texas Health aquella relacionada con la salud mental, así como aquella relacionada con el abuso de sustancias, que se identifique claramente; sin embargo, cierta información podría ser incluida. La información utilizada o divulgada de conformidad con la presente autorización podría encontrarse sujeta a una nueva divulgación por parte del proveedor de atención médica/receptor sin contar con la protección mencionada. Un Intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) es una organización que supervisa y regula el intercambio de información relacionada con la salud entre organizaciones de acuerdo a estándares reconocidos a nivel nacional. Su información se almacenará en el sistema HIE, pero no podrá ser vista por los proveedores ni ser utilizada por los mismos a menos que usted acepte y firme este formulario.

Entiendo que el tratamiento o el pago no están condicionados a que yo firme la presente autorización. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo y en la medida en que se hayan tomado acciones como consecuencia de dicha autorización. Podré presentar una solicitud de revocación al Departamento de administración de información de salud (Departamento de historias clínicas) de las entidades de Texas Health Resources, Texas Health Physicians Group o Texas Health Urgent Care para su procesamiento. La presente autorización permanecerá vigente indefinidamente, a menos que yo la revoque por escrito. Solo para pacientes de obstetricia: La presente autorización se emite también para el hijo o hijos que nazcan durante mi hospitalización.

El HIE no tiene la capacidad de gestionar las restricciones de la divulgación de su información de salud. Una restricción es una solicitud presentada por el/la paciente para que determinada información no sea divulgada a ciertas personas o compañías. Si la restricción es o fue aprobada por nosotros u otros proveedores de atención médica que participan en el HIE, entonces deberá optar por no participar en el HIE a fin de proteger su restricción. Esto debe hacerse con cada proveedor al que usted acuda y que participe en el HIE.

☐ Autorizo / *I authorize* ☐ NO autorizo / *I do NOT Authorize*
la divulgación de mi información médica al Intercambio de información de salud (HIE) en el que participen las entidades:

Constancia de aceptación:

Yo, el/la infrascrito/a, certifico que he leído y comprendido por completo la información de este formulario de consentimiento para el intercambio de información de salud. Entiendo que si tuviera que cambiar cualquier información que haya proporcionado en este formulario, se lo notificaré de inmediato a un miembro del personal.

Firma / <i>Signature</i>	Nombre en letra de imprenta / <i>Printed Name</i>	Fecha / <i>Date</i>	Hora / <i>Time</i>
--------------------------	---	---------------------	--------------------

Si la persona que firma el presente formulario no es el/la paciente, indique su nombre completo, relación con el/la paciente, número de teléfono y dirección:

Nombre del/de la paciente / <i>Printed Name</i>	Relación / <i>Relationship</i>
---	--------------------------------

Número de teléfono / *Phone Number*

Divulgación de datos despersonalizados para estudios de investigación comerciales

Texas Health Resources está comprometido a mejorar las vidas de los pacientes y asegurar que reciban la mejor atención posible.

En servicio de esta misión, Texas Health Resources contribuye datos despersonalizados y agregados a estudios de investigación comerciales. Estos datos son "despersonalizados", lo que significa que no contienen información personalmente identificable, como nombres o direcciones de pacientes. Estos datos también son "agregados", lo que significa que los datos despersonalizados se combinan con otros datos despersonalizados de muchos otros pacientes, a menudo de una variedad de entidades de atención médica. Estos datos despersonalizados se usan para contribuir a la investigación médica con el objetivo de mejorar la atención médica.

A fin de ser tan transparentes como sea posible con sus pacientes y con la manera en que sus datos son utilizados y divulgados, Texas Health Resources proporciona a los pacientes la opción de autorizar la divulgación de los datos despersonalizados para este propósito. Tenga en cuenta que esta autorización no debe ser interpretada como una prohibición a Texas Health Resources de usar o divulgar los datos para cualquier otro propósito permitido por la ley.

Por favor, elija una opción:

☐ Autorizo la divulgación de mi información despersonalizada para su uso en estudios de investigación comerciales llevados a cabo por terceros. / *I authorize release of my de-identified data for use in third party commercial research studies.*

☐ NO autorizo la divulgación de mi información despersonalizada para su uso en estudios de investigación comerciales llevados a cabo por terceros. / *I do NOT authorize release of my de-identified data for use in third party commercial research studies.*

Yo, el/la infrascrito/a, certifico que he leído y que comprendo la información contenida en este formulario. Este documento se aplica a cualesquiera intercambios de datos posibles que tomen lugar después de la firma. No es retroactivo.

Firma del/de la paciente o su representante legalmente autorizado/a /
Signature of Patient or Legally Authorized Representative

Nombre del/de la paciente o su representante legalmente autorizado/a (en letra de imprenta) /
Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

Fecha / *Date*

Constancia de admisión y consentimiento general para el tratamiento

Copia del/de la paciente

- 1. Consentimiento general:** Comprendo que mi estado de salud requiere que se me admita como paciente ambulatorio/a o internado/a. Autorizo la realización de pruebas, tratamientos y la prestación de atención médica en estas Entidades (o esta "Entidad"), una Entidad de Texas Health Resources, por parte de enfermeros y empleados de la Entidad y demás personas según lo indique mi médico y los especialistas de su equipo, asociados y asistentes o según sea indicado de conformidad con las órdenes o protocolos médicos vigentes. Comprendo que podría ser necesario que representantes de empresas externas participen en mi atención médica. Comprendo también que podría haber personas en programas de formación profesional entre las personas que me atiendan. Comprendo que podrían tomarse fotos o videos con relación a mi tratamiento con fines educativos. La Entidad podrá, a su entera discreción, conservar o desechar cualesquiera tejidos o partes de mi cuerpo que se extraigan.
- 2. Médicos independientes:** Comprendo que los médicos que participen en mi atención o que me presten un servicio profesional no trabajan para la Entidad y que la Entidad no es responsable de su juicio ni su conducta. Ellos ejercen de forma independiente y no son empleados ni agentes de la Entidad. La excepción a lo anterior es que algunos médicos podrían ser médicos residentes de la Carrera de Medicina de la Entidad bajo la supervisión de médicos con mayor experiencia. Además de mi médico tratante, otros médicos que podrían participar en mi atención médica incluyen radiólogos, patólogos, anestesiólogos, médicos internistas, neonatólogos, cardiólogos, médicos de emergencia, psiquiatras y otros especialistas. Los servicios profesionales y médicos no están cubiertos por la Política de asistencia financiera de THR.
- 3. Ninguna garantía:** Reconozco que no he recibido declaraciones ni garantías con respecto al tratamiento o los servicios a ser brindados en esta Entidad. Comprendo que todos los insumos, dispositivos médicos y demás elementos que me proporcione o cobre la Entidad son provistos por la Entidad "TAL COMO ESTÁN", y que la Entidad no otorga garantía expresa o implícita alguna respecto de dichos elementos. En lo que respecta a los insumos y dispositivos específicos, las garantías de los fabricantes podrían ser aplicables, y podré solicitar información sobre las garantías del fabricante para dichos insumos o dispositivos.
- 4. Mis objetos de valor:** Comprendo que la Entidad no asume la responsabilidad por los bienes personales que lleve conmigo durante mi tratamiento/estadía en la Entidad. Comprendo que debería enviar a casa todos los elementos innecesarios y que hay una caja fuerte a mi disposición para guardar mis objetos de valor.
- 5. Asignación de beneficios:** Por medio del presente documento, asigno de manera irrevocable a la Entidad y a los profesionales que me brinden atención y tratamientos médicos, todos y cualquier beneficio y todos los intereses y derechos (incluidas las causas de acción y el derecho a exigir el pago) incluidos en cualquier póliza de seguro, plan de beneficios, plan de indemnización, plan de salud prepagado, póliza de responsabilidad de terceros, o de cualquier otro pagador que proporcione beneficios en mi nombre, en la medida de los servicios y bienes que se me hubieran brindado durante esta admisión. En virtud de esta asignación, la Entidad tendrá un derecho independiente, no exclusivo, de apelar o procesar cualesquiera reclamos demorados o denegados en representación del asegurado o beneficiario. Esta asignación no constituye una obligación de la Entidad o de los médicos de la Entidad de actuar con base en dichos intereses y derechos, y no debe ser interpretada como tal. Al firmar este formulario, yo (como paciente o representante del/de la paciente) estoy dando la orden a la aseguradora de salud, plan de beneficios de salud, plan de indemnización, reaseguradora, aseguradora de responsabilidad civil u otro pagador que proporcione beneficios en mi nombre, de efectuar pagos a la Entidad o a los médicos de la Entidad directamente por los servicios y bienes que la Entidad o los médicos de la Entidad me proporcionen.
- 6. Acuerdo financiero:** Por medio del presente documento, me comprometo a pagar a la Entidad la totalidad de los cargos facturados por todos los servicios y bienes que se me proporcionen. Comprendo que la Entidad, como cortesía hacia mi persona, podría emitir la factura a nombre de mi compañía de seguros u otra compañía de cobertura, plan de beneficios de salud u otro pagador no gubernamental con relación a los servicios y bienes que la Entidad me proporcione, pero que la Entidad no tiene ninguna obligación de hacerlo. Salvo que esté prohibido por la ley o por acuerdo escrito de la Entidad, me comprometo a pagar los cargos no cubiertos y los cargos cubiertos no pagados en su totalidad por el seguro u otra compañía de cobertura que corresponda, incluidos los cargos que deban ser pagados como coseguro, deducibles o beneficios no cubiertos debido a la póliza, limitaciones o exclusiones del plan, o al incumplimiento con otra cobertura. Además, comprendo que la Entidad, por mutuo acuerdo conmigo o con una persona y/o entidad a cargo de los pagos en mi nombre, podría aceptar un monto descontado de sus cargos como el pago total de los mismos. Si la Entidad no estuviera de acuerdo con un descuento, los cargos deberán ser pagados en su totalidad por todos los servicios y bienes que se me proporcionen.

Constancia de admisión y consentimiento general para el tratamiento *(continuación)*

Acepto ser responsable del pago total de los cargos, una vez deducidas las cantidades ya pagadas por mí o en mi nombre. En el caso de que tuviera derecho a recibir beneficios bajo un plan gubernamental, como Medicare o Medicaid, comprendo que la Entidad podría facturar a dicho plan y podría aceptar como pago total un pago con descuento por los servicios y bienes que se me proporcionen. En caso de cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Entidad, la Política de asistencia financiera de THR podría estar disponible. Un estimado de los cargos esperados está disponible bajo solicitud. Comprendo que los estimados podrían variar significativamente respecto de los cargos finales debido a una variedad de factores, tales como el tipo de tratamiento, la intensidad de la atención, las prácticas médicas y la necesidad de proporcionar servicios y bienes adicionales.

Reconozco que, como tema de práctica comercial de rutina y como cortesía para con sus pacientes, Texas Health busca fuentes de pago disponibles. Si cuento con un seguro u otra compañía de cobertura a la cual no deseo que Texas Health facture, reconozco que es mi responsabilidad informar a Texas Health de qué seguro u otro seguro u otra compañía de cobertura se trata, de modo que dicha institución no sea descubierta y facturada a través de los procesos de Descubrimiento de cobertura de Texas Health.

Por medio del presente documento, autorizo que agencias de crédito me realicen consultas y acepto recibir llamadas automáticas con voz artificial o con mensajes previamente grabados, o que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular y a cualquier número de teléfono proporcionado durante mi proceso de registro. Comprendo que tanto Texas Health Resources como sus afiliados o agentes podrían llevar a cabo estos intentos de cobranza, los cuales incluyen, entre otros, compañías de gestión de cuentas, contratistas independientes o agentes de cobranza.

- 7. Solo para pacientes de Medicaid:** Comprendo que los servicios o suministros que solicite me sean proporcionados podrían no estar cubiertos bajo el Programa de Asistencia Médica de Texas (*Texas Medical Assistance Program*) por no considerarse razonables y médicamente necesarios para mis cuidados. Comprendo que es el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas o su agente de seguros de salud quien determina la necesidad médica de los servicios o bienes que yo solicite y reciba. También comprendo que soy responsable del pago de los servicios o bienes que solicite y reciba si se determina que estos servicios o bienes no son razonables y médicamente necesarios para mis cuidados. Si soy paciente de Medicaid Star, es probable que estas disposiciones no se apliquen a mí.
- 8. Análisis de enfermedades transmisibles:** Reconozco que las leyes de Texas establecen que en el caso de que cualquier trabajador(a) de atención médica se encuentre expuesto/a a mi sangre o cualquier otro fluido corporal, la Entidad podrá analizar, sin mi consentimiento, mi sangre u otros fluidos corporales para descartar la presencia de hepatitis B, hepatitis C y VIH. Comprendo que dichos análisis son necesarios para proteger a quienes estén a cargo de mis cuidados mientras sea paciente de la Entidad. Comprendo que los resultados de los análisis realizados en estas circunstancias son confidenciales y que no se convertirán en parte de mi historia clínica como paciente de la Entidad.
- 9. Solo para pacientes de obstetricia:** Esta constancia de admisión y consentimiento general para el tratamiento también rige para el/los niño(s) que nazca(n) durante esta hospitalización.

Las constancias de admisión y consentimiento permanecerán en vigencia durante un año a partir de la fecha indicada más adelante a menos que sean revocadas por el/la paciente o su representante autorizado/a.

Constancia de aceptación:

Yo, el/la abajo firmante, certifico que he leído y que comprendo toda la información contenida en este formulario y acepto respetar sus términos.

Firma del/de la paciente o su representante autorizado/a /
Signature of patient or authorized representative

Relación con el/la paciente /
Relationship to patient

Fecha / Date

Hora / Time

Testigo / Witness

Título / Title

Fecha / Date

Hora / Time

Si la persona que firma el presente formulario no es el/la paciente, indique su nombre completo, número de teléfono y dirección:

Nombre / Name

Número de teléfono / Phone Number

Información de salud protegida y Aviso para los pacientes sobre pagos de terceros

1. Información de salud protegida:

a. Aviso de declaración de prácticas de privacidad: Con mi firma al pie de este documento, acuso la recepción del Aviso de declaración de prácticas de privacidad de Texas Health Resources.

b. Uso y divulgación de la información: Comprendo que mi historia clínica es confidencial y no puede ser divulgada sin mi autorización por escrito, salvo que la ley disponga o exija lo contrario. Esta divulgación se aborda en el Aviso de declaración de prácticas de privacidad que he recibido. Entiendo que mi información médica podría incluir información sobre enfermedades transmisibles, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y registros de tratamientos de salud mental, así como el diagnóstico o tratamientos de abuso de sustancias o alcohol, y autorizo la divulgación de dicha información como parte de mi historia clínica. Comprendo que el Centro debe conservar mi historia clínica por el tiempo exigido por la ley, y que pasado este periodo podrá descartarla, según lo permitido o exigido por la ley.

c. Autorización para la divulgación verbal de Información de salud protegida:

Comprendo que la información médica sobre mi condición y tratamiento no podrá ser divulgada, salvo en las situaciones descritas en el Aviso de declaración de prácticas de privacidad de Texas Health Resources, a menos que yo mismo/a otorgue mi permiso como se indica a continuación:

Autorizo a este Centro y a los miembros del personal médico a discutir mis antecedentes médicos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico con la persona o personas detalladas a continuación.

Personas aprobadas para recibir información verbal:

- ☐ Cónyuge _____
- ☐ Hijos _____
- ☐ Padres _____
- ☐ Otros _____
- ☐ Nadie

Coloque unamarca de verificación junto a cada ítem para confirmar que comprende que una divulgación verbal de información podría incluir lo siguiente:

- ☐ Pruebas, evaluaciones y tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH o SIDA
- ☐ Consumo de drogas, alcohol o sustancias químicas
- ☐ Historia clínica relacionada con la salud mental (excepto asuntos relacionados con notas de psicoterapia)
- ☐ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)

No ta: La Autorización de divulgación verbal de información de salud protegida vencerá al finalizar mi hospitalización o servicio ambulatorio, a menos que yo mismo/a revoque el consentimiento antes de ese momento.

d. Autorización para la notificación de la admisión:

Si soy admitido/a en el Centro, autorizo a la siguiente persona a ser notificada de mi admisión en el hospital.

- ☐ _____
- ☐ Nadie

e. Autorización para la divulgación de información de directorio:

Información de directorio: Comprendo que la "Información de directorio", como mi presencia en el Centro y el número de mi habitación, según se describe en el Aviso de declaración de prácticas de privacidad de Texas Health Resources, podrá ser divulgada a todos aquellos que pregunten por mí por nombre, a menos que me oponga específicamente al elegir ser un(a) paciente "Sin información" como se describe a continuación:

- ☐ **Quisiera ser un(a) paciente "Sin información":** No autorizo la divulgación de ninguna clase de información, incluida la información de directorio, relacionada con mi admisión o tratamiento. Elijo ser un(a) paciente "Sin información" y comprendo que se rechazarán las visitas, flores, llamadas telefónicas y la correspondencia en mi nombre. El personal del Centro no podrá confirmar mi presencia. También comprendo que si hago llamadas telefónicas desde el Centro, los sistemas de identificación de llamadas podrían divulgar mi ubicación a las personas que reciban las llamadas.

Información de salud protegida y Aviso para los pacientes sobre pagos de terceros *(continuación)*

2. Aviso a los pacientes — Información sobre pagos de terceros:

Reconozco que, con base en la información que he proporcionado en esta ocasión sobre mi seguro u otra cobertura de terceros, este Centro ☐ ES / ☐ NO ES un proveedor que participa en mi plan de seguro u otra cobertura con pagos de terceros.

Comprendo que algunos de los médicos, incluidos los médicos que trabajen en los centros de atención que me brinden servicios mientras esté en el Centro, podrían no ser proveedores participantes de los mismos terceros responsables de pagos que el Centro. Por ejemplo, el médico responsable de mi internación, médicos internistas, médicos de emergencias, patólogos, radiólogos, anestesiólogos, neonatólogos y otros facturan por separado respecto del Centro y podrían no participar en los mismos planes de salud que el Centro. Seré responsable de pagar a dichos proveedores conforme a los términos de mi plan de salud o seguro, si los hubiere. Los servicios profesionales y médicos no están cubiertos por la Política de asistencia financiera de Texas Health Resources.

Comprendo que podré solicitar una lista de los médicos que trabajen en los centros de atención a quienes se haya otorgado privilegios de personal médico para proporcionar servicios médicos en este Centro. Podré solicitar información del médico o médicos que trabajen en el Centro con relación a si estos tienen un contrato con mi plan de beneficios de seguro, y bajo qué circunstancias yo podría ser responsable del pago de los montos no pagados por dicho plan.

3. Traslado a un centro que pertenezca a la red:

En caso de que mi condición de salud requiera una hospitalización y mi seguro no fuera a pagar al hospital como entidad que pertenece a la red (dejar en blanco si no corresponde)

- ☐ Me gustaría ser trasladado/a a un centro que sea un proveedor participante que pertenezca a la red, de ser posible.
- ☐ NO me gustaría ser trasladado/a a un centro que sea un proveedor participante que pertenezca a la red y comprendo que yo seré responsable del pago de los costos de los servicios y de la atención que reciba.

4. Derechos y responsabilidades del/de la paciente:

He recibido información por escrito sobre mis derechos y responsabilidades como paciente. Esta información me indica cómo presentar quejas en caso de tenerlas.

5. Periodo de vigencia:

Comprendo que este formulario será válido durante la presente visita y las futuras visitas ambulatorias aplicables al Centro hasta ser revocado por mí o hasta que firme un nuevo formulario de Aviso sobre Información de salud protegida y pagos de terceros.

Constancia de aceptación:

Yo, el/la abajo firmante, certifico que he leído y que comprendo toda la información contenida en este formulario de Aviso a los pacientes sobre información de salud protegida y pagos de terceros. Comprendo que si tuviera que cambiar cualquier parte de la información que haya proporcionado en este formulario, notificaré de inmediato a un miembro del personal del Centro.

Firma del/de la paciente o su representante autorizado/
a/ Signature of patient or authorized representative

Relación con el/la paciente / Relationship to patient

Fecha / Date

Hora / Time

Testigo / Witness

Título / Title

Fecha / Date

Hora / Time

Si la persona que firma el presente formulario no es el/la paciente, indique su nombre completo y número de teléfono:

Nombre en letra de imprenta / Printed Name

Número de teléfono / Phone Number

Consentimiento general para servicios de telemedicina/visita virtual y constancias

Consentimiento para la atención y el tratamiento a través de servicios de telemedicina/visita virtual

Consentimiento general: Doy mi consentimiento para que el/la paciente (que puede ser definido/a como yo mismo/a, mi hijo/a o una persona de quien yo sea legalmente responsable) reciba atención y tratamiento en un centro, entidad o programa de Texas Health (en conjunto, "Texas Health") a través de servicios de telemedicina (también llamados visita virtual o telemedicina). Los servicios de telemedicina pueden ser brindados por médicos, proveedores de práctica avanzada y otros proveedores de atención médica empleados o contratados por Texas Health ("Proveedores de telemedicina") o afiliados a dicha organización, y pueden incluir la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento de la condición médica o de salud del/de la paciente a través de tecnología avanzada de telecomunicaciones. Entiendo que podrían tomarse fotos o videos del/de la paciente en conexión con los servicios de telemedicina y para fines operativos, de mejoramiento de la calidad, de investigación y educativos. Entiendo que Texas Health puede ser un centro de enseñanza y estoy de acuerdo con que los residentes, miembros, estudiantes y otros individuos aprobados puedan observar y participar en los servicios de telemedicina bajo la supervisión adecuada.

Entiendo que los servicios de telemedicina incluyen audio, video u otros medios electrónicos interactivos, y que existen tanto riesgos como beneficios de recibir tratamiento a través de la telemedicina. Los proveedores de telemedicina i) pueden estar en un lugar distinto al lugar donde se encuentra el/la paciente, ii) examinarán al/a la paciente en persona a través de una presencia a distancia, pero no llevarán a cabo un examen físico "activo" (es decir, con contacto), y iii) deben confiar en la información proporcionada por el/la paciente. Entiendo además que los servicios de telemedicina podrían ser limitados o no estar disponibles como resultado de fallas en los equipos o en la tecnología, datos incompletos o imprecisos para poder llevar a cabo los servicios de telemedicina, o distorsiones de las imágenes u otra información como resultado de las transmisiones electrónicas. Soy consciente de que los proveedores de telemedicina no serán responsables por los consejos, las recomendaciones y/o las decisiones que se basen en factores que escapan de su control, tales como datos incompletos o imprecisos proporcionados por el/la paciente u otras personas, o distorsiones de imágenes de diagnóstico o de especímenes que pudieran resultar de la transmisión electrónica.

Si los proveedores de telemedicina determinan que los servicios de telemedicina no abordan adecuadamente las necesidades médicas del/de la paciente, el/la paciente será derivado/a a una evaluación médica presencial. Si la condición del/de la paciente es urgente o de emergencia, o si la sesión de telemedicina se interrumpe debido a una falla tecnológica o de los equipos, estoy de acuerdo con que el/la paciente obtendrá atención y tratamiento de seguimiento según sea necesario.

Entiendo que se toman precauciones para proteger la confidencialidad de la información médica del/de la paciente al evitar la divulgación no autorizada; sin embargo, entiendo y soy consciente de que la seguridad de la transmisión electrónica de datos, imágenes de video e información de audio no puede garantizarse, y que la confidencialidad podría verse comprometida en caso de manipulación ilegal o inadecuada.

Proveedores de telemedicina:

Los médicos y proveedores pueden ser independientes o pueden ser empleados de Texas Health.

Ninguna garantía:

Reconozco que no he recibido garantía alguna con respecto al tratamiento o los servicios brindados en Texas Health.

Consentimiento general para servicios de telemedicina/visita virtual y constancias *(continuación)*

Notificación de quejas:

Puede llamar al 877-847-9355 para presentar una queja ante Texas Health. Puede presentar una queja sobre un médico proveedor de telemedicina a la siguiente dirección para que se lleve a cabo una investigación:

Texas Medical Board, Attention:

Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3,

Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263,

Austin, Texas 78768-2018,

o llamando al 1-800-201-9353, o ingresando a su sitio web: www.tmb.state.tx.us.

Mensajes de texto, mensajes de voz y mensajes automáticos:

Autorizo a Texas Health a comunicarse conmigo por mensaje de texto o a través de llamadas de voz o automáticas al número de teléfono celular que yo proporcione. Soy consciente de que se aplicarán las tarifas y los cargos estándar, de que no está garantizada la completa seguridad en lo que respecta a las redes telefónicas, y de que debo proteger mi teléfono con una contraseña o PIN para evitar el acceso no autorizado. Entiendo que no podré utilizar mensajes de texto ni mensajes automáticos para notificar las necesidades de atención médica del/de la paciente a Texas Health.

Duración del consentimiento:

Entiendo y estoy de acuerdo con que este consentimiento para la atención y el tratamiento a través de servicios de telemedicina es válido para todos los servicios de telemedicina/visita virtual, para la presente visita y para futuras visitas hasta un año después de la fecha de la firma a continuación, a menos que yo mismo/a revoque el consentimiento antes de dicha fecha.

He leído y entiendo la información contenida en este formulario de consentimiento para la atención y el tratamiento a través de servicios de telemedicina/visita virtual, y entiendo que no recibiré tratamiento si opto por no firmar este consentimiento.

Firma del/de la paciente o su representante autorizado/a / *Signature of patient or authorized representative*

Nombre en letra de imprenta paciente o representante legalmente autorizado/a / *Printed Name of patient or authorized representative*

Fecha / *Date*

Hora / *Time*

Relación con el/la paciente / *Relationship to patient*

*El padre, la madre o el/la representante legalmente autorizado/a debe firmar si el/la paciente es menor de 18 años.

** El/La testigo debe ser una persona adulta mayor de dieciocho (18) años en pleno uso de sus facultades mentales y que no participe en el tratamiento médico.

Servicios de idiomas

Texas Health ofrece servicios gratuitos de asistencia de idiomas.	
Amharic/አማርኛ ቱክሳስ የጤና አገልግሎቶች (Texas Health Resources) ለእርስዎ ያለምንም ወጪ የቋንቋ እገዛ ያቀርባል።	Lao/ລາວ ທາງສາທາລະນາສຸກຂອງໂຕທຸກສັດສ (Texas Health Resources) ໄດ້ມີບໍລິການຊ່ອຍເຫຼືອທ່ານໃນດ້ານພາສາໄດ້ເປັນອິດສະລະ.
Arabic/العربية تكساس هيلث ريسورسيز (Texas Health Resources) تقدم لكم خدمات المساعدة اللغوية مجاناً.	Mandarin/普通话 Texas Health Resources为您提供免费的语言协助服务。
Burmese/မြန်မာ Texas Health Resources သည် သင့်အား ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ လုပ်ပေးပါသည်။	Nepali/नेपाली टेक्सास स्वास्थ्य संसाधनले (Texas Health Resources) तपाईंलाई निःशुल्क रूपमा नेपाली भाषा सहायता सेवाहरू प्रदान गर्छ।
Cantonese/廣東話 德克薩斯州衛生資源機構(Texas Health Resources) 免費為您提供語言協助服務。	Polish/Polski Texas Health Resources oferuje pacjentom mówiącym po polsku bezpłatną pomoc z tłumaczeniem.
Chin/Hakha Chin Texas Health Resources nih manlo in holh leh bawmhnak kan in pek lai.	Portuguese/Português o Texas Health Resources oferece para você serviços de assistência linguística, gratuitamente.
Farsi/فارسی منابع بهداشت و سلامت تگزاس (Texas Health Resources) بدون هیچ هزینه ای خدمات کمی زبانی به شما ارائه می دهد.	Punjabi/ਪੰਜਾਬੀ ਟੇਕਸਸ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾਨ ਵਿਭਾਗ (Texas Health Resources) ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ।
French/Français Texas Health Resources vous offre des services d'assistance linguistique gratuitement.	Russian/Русский язык Texas Health Resources предлагает Вам бесплатные переводческие услуги.
Haitian Creole/ Kreyòl Ayisyen Texas Health Resources ofri sèvis èd nan lang gratis pou ou.	Somali/Soomaali Texas Health Resources waxay kuu fidinnayaan adeegyo caawinaad ee dhanka luqadda oo bilaash ah.
Hindi/हिन्दी टेक्सस स्वास्थ्य संसाधन विभाग (Texas Health Resources) आपको बिना किसी लागत के भाषा सेवाओं की पेशकश करता है।	Spanish/Español Texas Health Resources le ofrece servicios de asistencia con el idioma en forma gratuita.
Hmong/Hmoob Texas Health Resources pab txhais lwm yam lus rau koj pub dawb xwb.	Swahili/Kiswahili Texas Health Resources inatoa huduma ya utafsiri wa lugha Bila gharama.
Italian/Italiano Texas Health Resources ti offre gratuitamente servizi di assistenza linguistica.	Tagalog Ang Texas Health Resources ay nag-aalok sa inyo ng mga libreng serbisyo ng tulong sa wika.
Japanese/日本語 日本語でのサポートはテキサス・ヘルス・リソースズ (Texas Health Resources) が無料で提供しています。	Urdu/اردو ٹیکساس ہیلتھ ریسورسز (Texas Health Resources) آپ کو زبان میں معاونت کی خدمات بلا معاوضہ فراہم کرتا ہے۔
Korean/한국어 Texas Health Resources는 무료로 언어 서비스를 제공해 드립니다.	Vietnamese/Tiếng Việt Texas Health Resources cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị hoàn toàn miễn phí.

Texas Health cumple con las leyes federales pertinentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.



Más cuidados cuando más los necesite,
donde más los necesite.

Desde cuidados cardiovasculares hasta toses y resfríos, estamos dedicados a proporcionarle más maneras de acceder a la atención médica que nunca antes. Permítanos ayudarle a ponerse en contacto con un proveedor de atención primaria, una sede de atención de urgencia, una visita por video, o cuidados domiciliarios. Estamos dedicados a ayudarle a pasar menos tiempo descifrando su atención médica y más tiempo en lo que más importa.



**Póngase en contacto con nosotros
hoy mismo ingresando a:**
[TexasHealth.org/Connect](https://www.texashealth.org/connect)



Portal para pacientes **MyChart**

Texas Health MyChart

Use MyChart para ver su información de salud desde su hogar o cualquier lugar. Para descargar la aplicación Texas Health MyChart, visite mychart.texashealth.org o la tienda App Store o Google Play. Si el consultorio de su médico ofrece el servicio de Texas Health MyChart, puede comunicarse electrónicamente para hacer preguntas sobre su salud, solicitar un nuevo surtido de medicamentos, programar citas de seguimiento y pagar sus cuentas.

Otras opciones útiles

Regístrese para su parto o próxima cita, firme electrónicamente consentimientos para sus servicios programados, envíe mensajes a su proveedor, acceda a su resumen de facturación o pague su factura, elabore un plan de pago, solicite asistencia financiera, vea y pague depósitos de acuerdo a los estimados y vea estados de cuenta detallados.

Resumen diario

Mientras se encuentre internado/a en una Entidad de Texas Health, podrá ver su cronograma de tratamientos para el día. Esta función incluye los medicamentos que deberá tomar, los análisis de laboratorio y procedimientos de radiología que estén programados e información educativa. También podrá revisar el folleto de *Conozca a sus cuidadores (Know Your Caregivers)* para ver los diferentes colores de uniforme que usan sus cuidadores de acuerdo a sus funciones.

Resultados de laboratorio y radiología

Mientras se encuentre internado/a en el centro, los resultados de los análisis estándar de laboratorio y radiología aparecerán en su cuenta de MyChart. Recibirá un mensaje de correo electrónico o una notificación (de acuerdo a las preferencias que usted haya configurado) para avisarle que tiene un nuevo resultado en su cuenta de MyChart. Desde el sitio web o la aplicación, haga clic en *Test Results (Resultados de pruebas)* para ver sus resultados. Consulte la sección *Test Results* del sitio web de Texas Health MyChart para ver cuándo es que sus resultados estarán disponibles en el sitio web de MyChart.

MyChart para mi familia o tutor(a) legal (Acceso de representante)

Con MyChart, ahora puede enviar una invitación a un familiar, cuidador o amigo para otorgarle acceso a su cuenta de MyChart. Esto requiere que la persona a quien le esté otorgando acceso tenga una cuenta activa de Texas Health MyChart y sepa su fecha de nacimiento. Así como puede otorgar el acceso, también puede revocarlo.

Para solicitar el acceso a la cuenta de MyChart de un(a) menor de edad, deberá enviar una solicitud completando el formulario en línea de Request Access (Solicitar acceso) en la sección Proxy Invite (Invitación a representantes) en MyChart. Si tiene preguntas sobre el acceso de representantes, envíenos un mensaje de correo electrónico a THRProxy@texashealth.org.

Preparación para el alta

Cuando salga de una Entidad de Texas Health, podrá acceder a sus instrucciones de cuidado desde la sección *Visits (Visitas)* en MyChart. Haga clic en su visita para ver su *Discharge/After Visit Summary (Resumen del alta médica/de fin de una visita)*.

Desde el "Sharing Hub" (Centro de compartición) de MyChart, puede solicitar el envío de una copia formal de su historia clínica a otro lugar, solicitar acceso para ver su historia clínica de manera electrónica, o descargar un resumen de salud.

Soporte de MyChart

Teléfono: 682-236-6700

(de lunes a viernes de 8 a.m. a 5:30 p.m.)

Regístrese y active su cuenta en: MyChart.TexasHealth.org
o desde la aplicación **Texas Health MyChart**.



**Texas Health
MyChart**

Texas Health Resources
MyChart



Registro en la Sala de Emergencias — MyChart

¿Está esperando ser atendido/a?

Ahora puede registrarse para su visita a la sala de emergencias a través de MyChart.

El registro anticipado a través de MyChart es rápido, fácil y seguro.

Regístrese para su visita a la **Sala de emergencias de Texas Health** a través de **MyChart**. Si ya tiene una cuenta de MyChart o si ha visitado Texas Health en los últimos 60 días, recibirá un mensaje de correo electrónico para completar su registro. Si tiene una cuenta de MyChart o si se inscribe a MyChart luego de llegar y no recibe el mensaje de correo electrónico después de haber tenido una consulta con el médico, puede iniciar sesión en MyChart y registrarse.

Asegúrese de tener a la mano la información de su cobertura de seguro (principal y secundaria), los detalles de su empleo y la información de la persona que haya designado como contacto de emergencia.

Su información financiera nunca afecta la atención que le brindamos.

Se da prioridad y tratamiento a los pacientes con base en la urgencia de su condición médica. Esto nunca se basa en el estado financiero. Por favor, converse con un miembro del personal en caso de tener preguntas.

MyChart para mi familia o tutor(a) legal (Acceso de representante)

Con MyChart, ahora puede enviar una invitación a un familiar, cuidador o amigo para otorgarle acceso a su cuenta de MyChart.

Esto requiere que la persona a quien le esté otorgando acceso tenga una cuenta activa de Texas Health MyChart y sepa su fecha de nacimiento. Así como puede otorgar el acceso, también puede revocarlo.

Para solicitar el acceso a la cuenta de MyChart de un(a) menor de edad, deberá enviar una solicitud completando el formulario en línea de Request Access (Solicitar acceso) en la sección Proxy Invite (Invitación a representantes) en MyChart. Si tiene preguntas sobre el acceso de representantes, envíenos un mensaje de correo electrónico a THRProxy@TexasHealth.org.

¿Preguntas? ¿Problemas técnicos?



682-236-6700

De lunes a viernes de 8 a.m. a 6:30 p.m.



TexasHealth.org/MyChart

