



## **Aviso de declaración de reconocimiento sobre derechos y prácticas de privacidad**

Conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de la Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y a la ley de Massachusetts, estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y de salud, también conocida como “Información Protegida de Salud” (PHI, por sus siglas en inglés).

Nuestro aviso de derechos y prácticas de privacidad describe la forma cómo la información sobre usted puede ser usada y revelada, y cómo usted puede tener acceso a dicha información. Por favor, léalo atentamente. Cuando usamos o revelamos su Información Protegida de Salud, tenemos la obligación de cumplir con los términos de este aviso (o cualquier otro aviso vigente en el momento de usar o revelar su información).

Usted tiene derecho a solicitar por escrito las restricciones sobre cómo su Información Protegida de Salud puede ser usada o divulgada. Nosotros no tenemos la obligación de aceptar estas restricciones, pero si lo hacemos, usted recibirá una confirmación por escrito de nuestra aprobación la cual deberemos cumplir.

Al firmar a continuación, usted confirma que ha recibido una copia de nuestro aviso de derechos y prácticas de privacidad, y que conforme a la ley de Massachusetts, usted autoriza a que su Información Protegida de Salud se use y revele como se explica en nuestro aviso.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Marcar aquí si no puede obtener este aviso debido a que:

- El paciente o su representante personal se niegan.
- El paciente está incapacitado.
- Otro motivo (especificar): \_\_\_\_\_

**To be filed in patient's medical record (Debe archivarse en el historial médico del paciente).**

Escrito: Abril de 2003

Revisado: Abril de 2010 | Marzo de 2011 | Febrero de 2018

Modificado: Abril de 2010

# Consentimiento para recibir tratamiento

- 1. Consentimiento para ser examinado, atendido o para recibir tratamiento:** Me estoy presentando a Lawrence General Hospital (el Hospital) para ser internado o para recibir servicios de emergencia o ambulatorios, y doy mi consentimiento voluntariamente para que me examinen, atiendan y traten los agentes, empleados y el personal médico autorizados por el Hospital, según lo consideren necesario o beneficioso desde su punto de vista profesional. Esto puede incluir, pero no se limita a análisis de laboratorio, pruebas de radiología, procedimientos diagnósticos y/o intervención quirúrgica. Reconozco que no me han dado ninguna garantía con respecto al efecto de tal examen, atención o tratamiento para mi problema de salud.
- 2. Servicio de intérpretes:** El servicio de intérpretes está disponible en forma gratuita para todos los pacientes que no hablen inglés o que prefieran comunicarse en otro idioma.
- 3. Uso y comunicación de información:** Autorizo al Hospital y a sus empleados, agentes y personal médico para usar y comunicar información médica acerca de mí a fin de que el Hospital pueda proporcionar, coordinar y administrar mis servicios de atención médica, que incluyen el manejo de mi caso, con mis profesionales de la salud, entre ellos, mi médico de atención primaria y los especialistas de LGH y externos (médicos de la comunidad) a cargo de mi atención de seguimiento; y para llevar a cabo sus actividades de atención médica y solicitar pagos a terceros por mi tratamiento o según lo requiera la ley. Entiendo que los informes de laboratorio y los resultados de las pruebas, incluidos los resultados de las pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), forman parte del historial electrónico de Lawrence General Hospital y que estarán a la disposición solamente de mi médico y de otros profesionales de la salud que participen en mi tratamiento actual y futuro. Otras comunicaciones de estos resultados o de otra información confidencial requerirán autorización adicional específica para la información que se desee revelar.  
También autorizo la comunicación de mi información médica por parte del Hospital a compañías de seguros y profesionales de la salud externos cuando sea necesario para que tales compañías de seguros y/o profesionales de la salud me traten y/o soliciten el pago de sus tratamientos, y para el propósito de sus operaciones de atención médica, que incluyen la transmisión de información mínimamente necesaria, médica y de otro tipo, de conformidad con las normas de LGH, por fax y/o transmisión electrónica. Exono asimismo a LGH de toda responsabilidad por las reclamaciones que puedan surgir por los riesgos de divulgación accidental de información médica, que son inherentes a las comunicaciones por fax y/o electrónicas; esto incluye las recetas electrónicas enviadas a mi farmacia.
- 4. Consentimiento para pruebas de patógenos transmitidos por la sangre y para la comunicación de los resultados:** Si un empleado, médico, o profesional clínico o técnico contratado u otro trabajador del Hospital estuviera expuesto sin protección a mi sangre o líquidos corporales mientras me atiende, autorizo al Hospital a extraerme sangre (o a usar las muestras de mi sangre que ya tenga) con el fin de hacer pruebas de detección del VIH (el virus que causa el SIDA), el VHB (el virus que causa la hepatitis B) y el VHC (el virus que causa la hepatitis C). Comprendo que no se nos cobrará nada a mi compañía de seguros ni a mí por estas pruebas. Comprendo que si en mis análisis de sangre se detectara VIH, VHB o VHC, un médico me lo informará y me dirigirá a mi médico de atención primaria para que me aconseje y asesore con respecto a mi tratamiento y mis otras opciones, y que un profesional de la salud contestará cualquier pregunta que yo tenga con respecto a dichas pruebas. Comprendo que el empleado, el médico, el profesional clínico o técnico contratado u otro profesional expuesto tiene derecho a saber los resultados de mis análisis de sangre, y que el Departamento de Salud Ocupacional del Hospital le informará dichos resultados.
- 5. Asignación de beneficios de seguro y responsabilidad de pago:** Comprendo que para que mis beneficios de seguro cubran mis servicios, se me exigirá que presente prueba de mi seguro médico en cada cita, generalmente mostrando mi tarjeta de seguro. Autorizo que mi compañía de seguros le pague al Hospital por los servicios proporcionados. Comprendo que soy responsable de pagarle al Hospital todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. Comprendo y acepto que si no cumple con pagar a tiempo cualquier cargo que sea de mi responsabilidad, después de tal incumplimiento y de que mi factura sea remitida por el Hospital a una agencia de cobranzas o a un abogado, seré responsable de todos los costos razonables de cobranza de las sumas adeudadas, incluyendo los de la corte, la agencia de cobranzas y los abogados. A todas las cuentas morosas se les cobra interés a la tasa legal.
- 6. Para beneficiarios de Medicare o Medicaid solamente:** Certifico que la información que he dado en mi solicitud de pago, conforme a los Títulos XVIII y XIX establecidos por la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre por concepto de cualquier servicio que yo reciba del Hospital o en él, incluidos los servicios de los médicos. Autorizo a cualquier entidad que tenga información médica o de otro tipo acerca de mí, a comunicar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid cualquier dato que sea necesario para determinar estos beneficios o servicios relacionados. Doy mi consentimiento para la comunicación apropiada de todos los historiales médicos, incluyendo los de salud mental y los referentes a cualquier tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas a terceros, si fuera necesario para llevar a cabo las funciones comerciales necesarias con respecto a Medicare y Medicaid.

## Consentimiento para recibir tratamiento

7. **Consentimiento para fotografías:** Comprendo que cualquier fotografía, grabación en video u otras imágenes digitales de carácter clínico tomadas como parte de mi cuidado y tratamiento, formarán parte de mi historial médico.
8. **Pertenencias personales:** Se me recomienda que deje todas mis pertenencias personales en mi casa. Si no pudiera mandar mis artículos de valor a mi casa, comprendo que el Hospital utiliza una caja fuerte para almacenar artículos de valor, si yo deseara dejarlos en su custodia. **Comprendo asimismo que el Hospital no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daño de ninguna suma de dinero, alhajas, documentos o artículos que no se coloquen bajo llave en la caja fuerte del Hospital.**
9. **Intercambio de la información sobre usted:** Comprendo que el Hospital mantiene un directorio de pacientes hospitalizados y que puede revelar (por ejemplo, a familiares, amigos, miembros del clero o de medios de comunicación, personal policial y otros que pregunten por mi por nombre), con el propósito de enviar correo o flores, conectar llamadas telefónicas y otros fines de comunicación: (a) nombre; (b) número de cuarto; (c) estado general (es decir, un informe limitado sobre el estado del paciente de acuerdo a las normas del Hospital); y (d) afiliación religiosa (que se comunica sólo a los miembros del clero).
- A. **Directorio del hospital:** Comprendo que si el Hospital estuviera obligado por ley a revelar información, no podrá cumplir con ninguna restricción en sentido contrario que yo haya solicitado.
- No deseo que me incluyan en el directorio del Hospital. \_\_\_\_\_ *Iniciales del paciente*
- B. **Notificación de mi localización, estado general o fallecimiento:** Comprendo que el Hospital puede revelar información acerca de mí para notificar (o ayudar a que se notifique) a un familiar, representante personal u otra persona responsable de cuidarme, dónde estoy, mi estado general y/o mi fallecimiento. Esto puede incluir la comunicación a organizaciones públicas o privadas autorizadas por la ley o por estatutos a colaborar en la notificación de catástrofes y esfuerzos de socorro.
- No doy mi permiso por los motivos explicados en la Sección B. \_\_\_\_\_ *Iniciales del paciente*
10. **Revelaciones a personas que participen en mi cuidado:** Comprendo que puedo permitir que el Hospital revele información acerca de mí a un familiar, amigo u otro representante que participe en mi cuidado, si tal revelación fuera directamente pertinente para dicha participación o para el pago de mi atención:
- No doy mi permiso para el uso y la comunicación de mi información de salud a las personas que participen en mi cuidado o intervengan en el pago de mi atención para los fines descritos en esta Sección. \_\_\_\_\_ *Iniciales del paciente*
11. Comprendo que en Lawrence General Hospital está prohibido el uso de tabaco.
12. **Reconocimiento de recibo del Aviso de prácticas de privacidad:** He revisado al Aviso de prácticas de privacidad del Hospital que ofrece más detalles sobre las maneras en que el Hospital podría usar y comunicar información protegida acerca de mi salud.
- Por la presente, reconosco el recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Lawrence General Hospital.

Comprendo que este formulario de consentimiento es válido sólo para esta fecha de servicio o por la duración de esta hospitalización, cita en el Departamento de Emergencias o esta serie de consultas ambulatorias, y que caducará automáticamente después de ello.

He leído cuidadosamente y comprendo la información anterior. Mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción.

Firma del paciente o de la persona autorizada para dar el consentimiento en nombre del paciente (Relación con el paciente)

Fecha y hora

Firma del testigo

Fecha y hora

Firma del 2.o testigo (si el consentimiento es verbal)

Fecha y hora

# Aviso sobre Prácticas y Derechos de Privacidad

(vigente desde mayo 1, 2010)

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA O DIVULGADA POR LAWRENCE GENERAL HOSPITAL Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

**ORGANIZACIONES ASOCIADAS:** Este aviso se aplica a servicios provistos en Lawrence General Hospital por el equipo médico, doctores, enfermeras y otro personal de las siguientes asociaciones/afiliados del Lawrence General Hospital:

Lawrence General Hospital, Inc.; LGH Physicians Associates, P.C.; Community Medical Associates, Inc.; and Hospital-Based Groups.

Desde el 14 de abril de 2003, la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de la Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la ley de Massachusetts nos exige mantener la privacidad de la información sobre su salud, proporcionarle este Aviso sobre Prácticas y Derechos de Privacidad y seguir los términos de nuestro aviso que están actualmente en vigencia.

Este documento explica en detalle cómo nosotros usamos y divulgamos su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). PHI es cualquier información sobre usted que pudiera identificarlo y que pudiera indicar su condición pasada, actual o futura relacionada con su salud física o mental. A partir del 14 de abril de 2003, es necesaria su constancia de haber recibido este documento la primera vez que usted recibió atención médica en uno de las asociaciones del Lawrence General Hospital, señaladas en el segundo párrafo.

A continuación algunos ejemplos de cómo nosotros podemos usar y divulgar su información sin su autorización:

**Tratamiento** – mantenemos un registro de cada visita y/o admisión. Estos registros pueden ser los resultados de pruebas médicas, diagnósticos, medicamentos u otras terapias. Estos registros son usados y divulgados para que los doctores, enfermeras, personal de apoyo espiritual y otros proveedores de la salud, quienes están involucrados en su cuidado médico, tengan la información necesaria para brindarle una atención de alta calidad y satisfacer así sus necesidades.

**Pago de facturas** – mantenemos un registro de los pagos y podemos usar y divulgar información que esté relacionada con los servicios y suministros recibidos en cada visita y/o admisión con la finalidad de recibir nuestro pago y a sea por usted, por su compañía de seguros o por un tercero. Podríamos informar a su seguro médico y a otros pagadores sobre un próximo tratamiento o servicio que requieran su aprobación y autorización previas.

**Funcionamiento del Cuidado de la Salud** – usamos y divulgamos su información médica para mejorar los servicios brindados, para entrenar al personal médico y a los estudiantes y para una mejor gestión empresarial y un mejor servicio al cliente.

Su información puede ser compartida entre los afiliados del Lawrence General Hospital, otros proveedores de la salud, terceros pagadores y nuestros socios de negocio para facilitar el tratamiento, el pago y el funcionamiento del cuidado de la salud.

## USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES:

I. Algunas veces requerimos o se nos permite usar/divulgar información médica sin su permiso. A continuación algunas circunstancias:

- Para tratamientos de emergencia
- Si la ley lo requiere
- Para atender pacientes incomunicados
- Por cumplimiento de la Ley
- Para proteger víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica
- Para actividades de salud pública (seguimiento de enfermedades o dispositivos médicos)
- Para donaciones de órganos
- Para actividades de supervisión de la salud tales como investigaciones sobre fraudes
- Para compensación laboral si usted ha tenido un accidente en el trabajo
- Para algunos procesos judiciales o administrativos
- Para médicos forenses, examinadores médicos y directores fúnebres
- Para funciones del gobierno como el servicio de inteligencia y seguridad nacional

II. Asimismo podemos usar su información sin su permiso para:

- recomendar opciones de tratamiento
- informarle sobre beneficios y/o servicios de la salud
- recordarle sus citas médicas
- preguntarle si quiere hacer donaciones de caridad
- indicar su nombre, ubicación y condición médica general en el directorio del paciente mientras dure su hospitalización
- indicar su creencia religiosa en el directorio del paciente para entregárselo al clérigo mientras dure su hospitalización
- mantener una comunicación con el personal encargado de su cuidado

## AUTORIZACIÓN REQUERIDA POR ESCRITO:

- I. A menos que la ley exija lo contrario, todos los otros usos y divulgaciones que no estén indicados en la hoja anterior necesitarán su autorización firmada. La mayoría de usos y divulgaciones que tengan que ver con anotaciones psicoterapéuticas y con la divulgación de información protegida de la salud para efectos de publicidad y de venta, requieren autorización.
- Usted puede anular cualquier autorización que haya escrito en cualquier momento, entregando una carta escrita directamente a la Oficina de Privacidad, a excepción de toda acción que ya haya sido efectuada en base a su autorización.
- II. Tenga en cuenta que la ley federal y estatal requieren protecciones especiales de privacidad para cierta información sobre usted altamente confidencial, como por ejemplo: 1) comunicaciones confidenciales con psicoterapeutas, 2) servicios para la salud mental y discapacidades del desarrollo, 3) prevención, tratamiento y referidos por alcoholismo y drogadicción, 4) análisis, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA, 5) enfermedades venéreas, 6) pruebas genéticas, 7) mamografías, 8) investigación relacionada con sustancias controladas, 9) registros comunitarios de salud mental. Para poder divulgar su información altamente confidencial para propósitos no permitidos por la ley, debemos obtener su autorización escrita.
- III. Su información protegida de la salud tales como diagnósticos, tratamientos y otros servicios médicos al igual que datos demográficos, solo podría ser usada con el fin de recaudar fondos siempre y cuando tengamos su autorización. Usted tiene el derecho de elegir si quiere recibir comunicaciones o no sobre la actividad de recaudación de fondos.

**SUS DERECHOS:** Según lo indicado por HIPAA, usted tiene el derecho de pedir por escrito:

- restricciones sobre cómo usar o divulgar su información médica.
- comunicaciones confidenciales relacionadas con otra ubicación, teléfono o dirección que no sea la de su casa.
- acceso (sujeto a leyes federales y estatales) a su información médica para revisarla y tener una copia (puede haber un pago adicional). La ley estatal requiere que los registros médicos sean retenidos por 20 años a partir de su atención médica más reciente.
- acceso a copias electrónicas de su información protegida de la salud para enviarla por correo electrónico a una persona asignada .
- una modificación en su información médica, si cree que usted o su doctor necesitan aumentar o corregir alguna indicación.
- una lista de las divulgaciones de su información médica.
- una copia de este aviso aun si usted lo recibió por correo electrónico.
- revocación de cualquier autorización específica sobre su privacidad para fines publicitarios o de investigación .
- divulgación restringida de los servicios pagados de su propio bolsillo que no es compartida con su compañía de seguros.
- para compartir con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- para escoger a alguien que actúe en su nombre mediante poder notarial médico o escoger a un apoderado legal .

Mientras analizamos todas las solicitudes de modificaciones y restricciones de la privacidad, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción ni cambios requeridos.

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES:** La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica, proporcionarle este Aviso sobre Prácticas y Derechos de Privacidad y respetar los términos de este Aviso que están actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y nuestras prácticas de privacidad haciendo que las nuevas aportaciones sean efectivas para toda la información que defendemos.

**PARA MAYOR INFORMACIÓN:** Si usted desea mayor información sobre sus derechos de privacidad o está preocupado porque piensa que hemos violado estos derechos o no está de acuerdo con alguna decisión tomada para acceder a su Información Médica Protegida, usted puede ponerse en contacto con nuestra Oficina de Privacidad en la dirección o teléfono señalados más abajo . También puede enviar sus reclamos por escrito al Director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de la Salud y Servicios Humanos de EE.UU. La Oficina de Privacidad le dará la dirección correcta del Director, previa solicitud. No tomaremos represalias contra usted si presenta su reclamo ante nosotros o ante el Director. *Lawrence General Hospital y sus empleados tienen el compromiso de proteger la privacidad de sus pacientes.*

## OFICINA DE PRIVACIDAD DEL LAWRENCE GENERAL HOSPITAL

Teléfono: 978-946-8111

Fax: 978-946-8191

[maria.palumbo@lawrencegeneral.org](mailto:maria.palumbo@lawrencegeneral.org)

maria.palumbo@lawrencegeneral.org

## Outpatient Rehabilitation Historial Médico

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Está tomando medicamentos con o sin prescripción médica? NO / SI

Si respondió sí, enumérelos;

Nombre del Medicamento ¿Para qué lo toma?

Nombre del Medicamento ¿Para qué lo toma?

¿Tiene Alergias? Si tiene, por favor lístelas a continuación:

¿Alguna vez ha tenido algunas de estas enfermedades o ha experimentado algunos de estos síntomas?

	NO	SI
Asma / Bronquitis / Enfisema		
Dolor en el pecho / Falta de aire		
Enfermedad del corazón / Angina de pecho		
Marcapasos		
Presión sanguínea alta / baja		
Ataque cardíaco / Cirugía cardíaco		
Coágulo sanguíneo / Embolia		
Derrame Cerebral / Ataque Isquémico Transitorio		
Mal de Parkinson		
Clavos o implantes metálicos		
Reemplazo de articulaciones		
Diabetes		
Enfermedades Infecciosas / HIV / Hepatitis		
Cáncer / Radiación		
Artritis		
Osteoporosis		
Hernia		
Fibromialgia		

	NO	SI
Enfermedad Renal		
Problemas de circulación sanguínea		
Anemia		
Epilepsia / Convulsiones		
Problema en la Tiroides		
Dolores de cabeza severos o frecuentes		
Dificultad en la visión y el oído		
Mareo		
Debilidad/Pérdida de energía		
Pérdida o aumento recientes en el peso		
Problemas intestinales y urinarios		
Lesión / Cirugía en el cuello o en el hombro		
Lesión / Cirugía en el codo o en la mano		
Lesión / Cirugía en la espalda		
Lesión / Cirugía en la cadera o rodilla		
Lesión / Cirugía en el tobillo o en el pie		
Otros		

¿Alguien le ha herido física o emocionalmente en el último año? NO / SI

¿Se ha caído en los últimos tres meses? NO / SI

¿Tiene usted miedo de caerse? NO / SI

¿Tiene ahora alguno de los síntomas listados a continuación? NO / SI

Fiebre, diarrea, enfermedades respiratorias, erupción de piel con fiebre, o heridas supurantes

Solo para mujeres: ¿Existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada ? NO / SI

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_