

<b>Información del Paciente</b>		
Clínica Ubicación (Ciudad):		Fecha:
Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:
La Dirección:		¿Es usted o un miembro de su familia un empleado de Start? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono de Trabajo:
Número de Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra Cosa <input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> Optar por no divulgar		
Etnia:	Idioma:	Raza:
Dirección de Correo Electrónico:		MD de Referencia:
Estado Marital: <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separadas <input type="checkbox"/> Viuda		Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Educación: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> VoTech <input type="checkbox"/> El Bachiller <input type="checkbox"/> Maestría/el Doctorado		
Grado Más Alto Completado:	Educación Especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Historia de la Falta de Vivienda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado de Vivienda Actual: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Refugio Para Indigentes <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Inestable/Vivienda temporal <input type="checkbox"/> Otra: _____		
Transporte: <input type="checkbox"/> Vehículo Personal <input type="checkbox"/> Autobús Público <input type="checkbox"/> Consejo sobre el Envejecimiento <input type="checkbox"/> Transporte de Medicaid <input type="checkbox"/> START <input type="checkbox"/> Familia / amigas		
<b>Información de Contacto en caso de Emergencia</b>		
<b>(Indique a alguien a quien podamos contactar en caso de emergencia que no viva en el hogar con el paciente)</b>		
Nombre del Contacto de Emergencia:		Relación:
La Dirección:		
Número Telefónico:	Telefono Alternativo:	Teléfono del Trabajo:
<b>Información del Empleador e Ingresos</b>		
<b>(Indique la información del empleador del padre/tutor si el paciente es menor de edad)</b>		
Nombre del Empleador del Paciente:		
La Dirección:		
Número Telefónico:	Estado de Trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desactivada <input type="checkbox"/> Jubilada	
Ocupación:	Ingresos Brutos:	
Nombre del Empleador del Cónyuge:		
La Dirección:		
Número Telefónico:	Estado de Trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desactivada <input type="checkbox"/> Jubilada	
Ocupación:	Ingresos Brutos:	
<b>Otras Fuentes de Ingresos</b>		
<b>(¿Recibe lo siguiente y cuánto recibe?)</b>		
SSI:	SSD:	Beneficios Para Veteranos:

Jubilación:	Manutención de los Hijos:	Pensión Alimenticia:			
Otra:	¿Cupones de Alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿cuánto \$ _____			
<b>Información del Seguro</b> (Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista para que la copie)					
Nombre del Seguro Principal:					
Nombre del Titular de la Tarjeta:		Titular de la Tarjeta SSN:			
Política #:	Grupo #:	Titular de la Tarjeta DOB:			
Nombre del Seguro Secundario:					
Nombre del Titular de la Tarjeta:		Titular de la Tarjeta SSN:			
Política #:	Grupo #:	Titular de la Tarjeta DOB:			
<b>Información del Hogar</b> (Pregunte si necesita papeleo adicional)					
<b>Nombre</b>	<b>DOB</b>	<b>Sexo</b>	<b>Relación con la Paciente</b>	<b>SSN</b>	<b>La Raza</b>
<b>Otra Información Necesaria</b>					
Doctora de Atención Primaria:				START Programa:	
Farmacia Preferida y Ubicación:				Trabajador de Casos:	
<b>Por Favor Contácteme Por:</b>					
<input type="radio"/> Teléfono de Casa: _____ <input type="radio"/> Deja un Mensaje <input type="radio"/> deje un mensaje con devolución de llamada # <input type="radio"/> No dejes un mensaje		<input type="radio"/> Teléfono del Trabajo: _____ <input type="radio"/> Deja un Mensaje <input type="radio"/> deje un mensaje con devolución de llamada # <input type="radio"/> No dejes un mensaje		<input type="radio"/> Comunicación Escrita <input type="radio"/> Correo a mi dirección de casa <input type="radio"/> Correo a mi dirección de trabajo <input type="radio"/> Correo a otra dirección: _____ _____ _____	

**Start Community Health Center Formulario de Consentimiento Para el Tratamiento**

1. I otorgó permiso para que Start Corporation (incluidos los programas o el personal de Start Corporation) me brinde servicios a mí o a la persona que se indica a continuación a quien tengo la tutela legal o el poder notarial.
2. Entiendo que antes de recibir tratamiento o servicios, se proporcionará información completa y precisa sobre cada una de las siguientes áreas:
  - a. Los beneficios del tratamiento propuesto
  - b. Modos y servicios de tratamiento alternativos
  - c. La forma en que se administra el tratamiento.
  - d. Efectos secundarios esperados del tratamiento y/o los riesgos de efectos secundarios de los medicamentos (cuando corresponda).
  - e. Probables consecuencias de no recibir tratamiento
3. Doy permiso para que Start Corporation solicite beneficios de seguro para pagar los servicios que recibo. Entiendo que:
  - a. Start Corporation enviará la información del servicio a mi compañía de seguros.
  - b. Debo pagar mi parte de los costos, incluidos los copagos, si corresponde.
  - c. Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro.
4. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y que tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor.
5. Entiendo que tengo derecho a optar por no participar en los procedimientos de recopilación de datos para cualquier programa Start. Entiendo que las actividades de recopilación de datos no tendrán ninguna información de identificación y protegerán mi privacidad y anonimato.

**Agradecimientos**

- Reconozco que he leído y comprendido el "Formulario de consentimiento para el tratamiento" anterior.
- Reconozco que he recibido una copia de la información de PCMH, incluido el número de teléfono fuera del horario de atención.
- Reconozco que he recibido una copia de la información de descuento de tarifa variable.
- Confirmando que he recibido una copia de la "Política Financiera".
- Reconozco que he recibido una copia de la "Declaración de derechos y responsabilidades del paciente".
- Reconozco que se me ha proporcionado información sobre "Información y guía de directivas anticipadas" y que la información sobre directivas anticipadas de salud mental esté disponible previa solicitud.
- Reconozco que he recibido el "Aviso de prácticas de privacidad" del Start Community Health Center.

Nombre del paciente, padre o tutor legal (letra de imprenta)

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

<b>Nombre del Paciente:</b>	<b>Paciente DOB:</b>
-----------------------------	----------------------

Enumere todos los miembros de la familia, parientes o tutores que tendrán la autoridad para discutir su información médica:

Nombre	Número de Teléfono	Relación Con la Paciente

*Al firmar a continuación, doy mi consentimiento a todos los empleados de todas las ubicaciones de Start Community Health Center para discutir mi información médica con las personas mencionadas anteriormente.*

Firma del Paciente / Fecha

Authorized Representative Signature / Relationship / Date

***Start Community Health Center is a Patient-Centered Medical Home (PCMH)***

**Horario de Oficina:**

Lunes-Viernes: 8:00 a.m. - 4:30 p.m.

**Site:** [www.startcorp.org](http://www.startcorp.org)

**Del Paciente:** [health.healow.com/start](http://health.healow.com/start)

**SERVICIOS PRESTADOS:**

Atención primaria, salud conductual (salud mental y tratamiento por consumo de sustancias), hepatología y PrEP, e inscripción en Medicaid. Nuestra ubicación en el Centro Cívico ofrece servicios dentales y servicios de farmacia con opciones de entrega disponibles. Nuestra oficina de Mandeville también ofrece servicios de salud digestiva.

**AFTER-HOURS SERVICES:**

Nuestra clínica de Houma, ubicada en 235 Civic Center Blvd, ofrece un horario extendido de 7:30 a. m. a 8:00 a. m. y los lunes de 16:30 a 17:30 horas. Si necesita hablar con su proveedor cuando la oficina está cerrada, puede comunicarse con nuestro servicio de contestación fuera del horario de atención llamando al número principal de la clínica correspondiente:

1. Crisis móvil y de crisis las 24 horas: 235 Civic Center Blvd. Houma, LA 70360: **985-333-1633**
2. 235 Civic Center Blvd. Houma, LA 70360: **985-333-2020**
3. 2300 S. Galvez Street New Orleans, LA 70125: **504-332-5713**
4. 2150 General Pershing Street Mandeville, LA 70448: **985-951-4716**
5. 1505 N. Florida Street Covington, LA 70433: **985-900-1626**
6. 312 E Bayou Road Thibodaux, LA 70301: **985-266-0444 x2660**
7. 153 N 17<sup>th</sup> Street Baton Rouge, LA 70802: **225-235-7734 x7734**

**ATENCIÓN FUERA DE NUESTRA PRÁCTICA:**

Infórmenos si buscó servicios de una clínica de atención de urgencia, una clínica sin cita previa, un hospital u otro proveedor. Nos gustaría mantener su información médica más actualizada para brindarle la mejor atención posible.

**TRANSFERENCIA DE SUS REGISTROS MÉDICOS A LA PRÁCTICA:**

Nuestro personal lo ayudará a migrar sus registros médicos de su proveedor de atención médica anterior. Identificamos a una persona de contacto para ayudar a coordinar la transición y hacer un seguimiento hasta que se reciban sus registros..

**QUIÉNES SOMOS Y QUÉ HACEMOS::**

Start Corporation es una organización sin fines de lucro que brinda servicios de salud a todas las personas, incluidas personas con enfermedades mentales, personas sin hogar, jóvenes y veteranos. La organización y la clínica trabajan juntas para brindar atención holística a sus pacientes al abordar sus necesidades básicas.

Nuestra clínica está formada por médicos, enfermeras practicantes y consejeros y trabajadores sociales autorizados. Nuestro proveedor de atención primaria trata enfermedades que van desde lesiones menores hasta afecciones médicas importantes.

Es importante para nosotros satisfacer sus necesidades de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias. En función de sus necesidades médicas, se lo derivará y programará con uno de nuestros proveedores de salud conductual según sea necesario. Nuestro personal conductual proporciona evaluaciones psiquiátricas para todos los trastornos psiquiátricos, supervisa el manejo de medicamentos y ofrece asesoramiento de apoyo.

Nuestro personal dental ofrece exámenes dentales y extracciones.

**SE ACEPTA SEGURO MÉDICO:**

Ahora se aceptan nuevos pacientes. Se aceptan Medicaid, Medicare, seguro privado y sin seguro. Un representante de inscripción de Medicaid está disponible para ayudar con las solicitudes de Medicaid. Infórmese si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de atención médica. El descuento de escala móvil se basa en el hogar y los ingresos.

**QUE LLEVAR A SU CITA:**

- Licencia de conducir o identificación con foto
- Tarjeta de seguro (si está asegurado)
- Todos los medicamentos actuales
- Comprobante de ingresos

Los servicios de transporte están disponibles desde y hacia la clínica. Por favor, pregunte acerca de estos servicios al hacer su cita.

**¿QUÉ ES UN HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE?**

“El hogar médico centrado en el paciente es una forma de organizar la atención primaria que hace hincapié en la coordinación y la comunicación de la atención para transformar la atención primaria en “lo que los pacientes quieren que sea”. Los hogares médicos pueden conducir a una mayor calidad y costos más bajos, y pueden mejorar la experiencia de atención de los pacientes y los proveedores. El reconocimiento de hogar médico centrado en el paciente (PCMH) de NCQA es la forma más utilizada de transformar las prácticas de atención primaria en hogares médicos”. - NCQA, 2014

**OBJETIVOS DE NUESTRO HOGAR MÉDICO:**

- Tiene acceso a la atención las 24 horas y puede obtener una cita tan pronto como la necesite.
- El personal clínico y de enfermería es hábil y está listo para ayudarlo a atender sus necesidades de atención médica.

**¿QUÉ SE PUEDE ESPERAR DE UN HOGAR MÉDICO?**

**Médico personal Tendrá**

Una relación continua con su médico personal. El médico brindará atención continua y guiará a los miembros del personal para que asuman la responsabilidad de su atención continua.

**Orientación de toda la persona**

Somos responsables de satisfacer todas sus necesidades de atención médica en múltiples entornos, como: especialistas, hospitales y servicios de salud del comportamiento.

**Atención coordinada/integrada Utilizamos**

Tecnología y comunicaciones mejoradas para garantizar que reciba la atención recomendada cuando y donde la necesite y la desee. Trabajamos de una manera cultural y lingüísticamente apropiada para que se sienta más capacitado para ayudarnos a cuidar de usted.

**Atención integral del paciente Le**

Pedimos que nos brinde la información más actualizada sobre: sus medicamentos actuales, antecedentes personales/familiares, estado de salud, resultados de pruebas, información de autocuidado y registros médicos de hospitales/emergencias, atención de urgencia y otros médicos que haya visto.

**Calidad y seguridad**

Usamos métodos que se basan en la investigación científica (medicina basada en evidencia) para brindarle el tratamiento más avanzado. Los pacientes y sus familias pueden contar con nuestro apoyo para la autogestión de sus necesidades de atención médica. Esto incluye el uso de recursos educativos, herramientas de autogestión y literatura médica, independientemente de su fuente de pago.

**PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA DESLIZANTE**

- Start Community Health Center NO negará los servicios de salud debido a la incapacidad de una persona para pagar dichos servicios. Start Community Health Center basará la elegibilidad del programa en la capacidad de pago de una persona y NO discriminar por motivos de edad, género, raza, credo, discapacidad u origen nacional.
- Se ha establecido un cronograma de descuento de tarifa móvil (SFDS) para minimizar una barrera para la atención de los pacientes y se hará disponible también.
- Todos los pacientes que buscan servicios de atención médica en Start Community Health Center tienen la seguridad de que

serán atendidos independientemente de su capacidad de pago. A NADIE se le niega el servicio por falta de medios económicos para pagar

- Las solicitudes de servicios con descuento pueden ser realizadas por pacientes, familiares, personal de servicios sociales u otras personas que estén al tanto de las dificultades financieras existentes. (La información y los formularios se pueden obtener en la recepción y están disponibles en diferentes idiomas)
- Todos los recursos de pago alternativos deben agotarse, incluidos todos los pagos de terceros de seguros, federales y estatales programas.

#### Finalización de la Solicitud

- El paciente/parte responsable debe completar la solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable en su totalidad
- La firma de la solicitud del programa de descuento de tarifa variable autoriza a Start Community Health Center a confirmar el ingreso necesario como se indica en el formulario de solicitud. Proporcionar información falsa en la solicitud del Programa de descuento de tarifa variable dará como resultado la revocación de todos los descuentos del Programa de descuento de tarifa variable y el saldo total de la(s) cuenta(s) se restaurará y pagará de inmediato.
- Si no se puede procesar una solicitud debido a la necesidad de información adicional, el solicitante tiene 30 días a partir de la fecha de notificación para proporcionar la información necesaria sin que se ajuste la fecha de su solicitud.

- **FAMILIA se define como:** un grupo de dos o más personas (una de las cuales es el cabeza de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y convivencia; todas esas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionados) se consideran miembros de una familia.
- **INGRESO se define como:** ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia para la manutención de niños fuera del hogar y otras fuentes misceláneas. Los beneficios que no son en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no contar.
- Los pacientes que se nieguen a proporcionar información a Start Community Health Center con respecto a los ingresos y el tamaño de la familia y se nieguen a ser evaluados para la elegibilidad para los descuentos de tarifas móviles no serán considerados elegibles para el descuento. Sin embargo, estas personas pueden solicitar un formulario en cualquier momento para aplicar.
- Para verificar los ingresos: los solicitantes deben proporcionar uno de los siguientes: W-2 del año anterior, dos talones de pago más recientes, carta de empleador, o el Formulario 4506 (si no se presentó el W-2). Las personas que trabajan por cuenta propia deberán presentar detalles de los últimos tres meses de ingresos y gastos del negocio. La información adecuada debe estar disponible para determinar la elegibilidad para el programa. La autodeclaración de ingresos sólo puede utilizarse en circunstancias especiales. Los ejemplos específicos incluyen participantes que no tienen hogar.
- Los pacientes que no puedan proporcionar una verificación por escrito deben proporcionar una declaración de ingresos firmada y explicar por qué no pueden proporcionar una verificación independiente. Esta declaración se presentará al personal de Start Community Health Center para su revisión y determinación final en cuanto al porcentaje variable de la tarifa.
- Aquellos con ingresos iguales o inferiores al 100 % del nivel de pobreza recibirán un descuento total del 100 % para los servicios primarios y conductuales y una tarifa nominal fija de \$50 para los servicios dentales. Aquellos con ingresos por encima del 100 % del nivel de pobreza, en o por debajo del 200 % del nivel de pobreza, se les cobrará de acuerdo con el programa de tarifas móviles adjunto para todos los servicios.
- En ciertas situaciones, es posible que los pacientes no puedan pagar la tarifa con descuento. La renuncia a los cargos solo puede usarse en casos especiales. Circunstancias y debe ser aprobado por el director de Start Community Health Center o designado.
- Start Community Health Center atenderá a los pacientes con un seguro de terceros que cubra o no cubra o solo cubra parcialmente las tarifas de ciertos servicios del centro de salud. Estos pacientes pueden solicitar el programa de descuento de escala móvil. Si es elegible, el cargo por cada clase de pago del programa de descuento de tarifa variable es la cantidad máxima que un paciente elegible en esa clase de pago debe pagar por ciertos servicios, independientemente del estado del seguro.

- La determinación del Programa de descuento de tarifa móvil se proporcionará al solicitante por escrito e incluirá el porcentaje de cancelación del Programa de descuento de tarifa variable o, si corresponde, el motivo de la denegación. Si la solicitud se aprueba por menos del 100 % de descuento o se niega, el paciente y/o la parte responsable debe establecer acuerdos de pago con Start Community Health Center. Las solicitudes del Programa de descuento de tarifa móvil cubren los saldos pendientes de los pacientes durante los seis meses anteriores a la fecha de la solicitud y cualquier saldo incurrido dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de aprobación, a menos que su situación financiera cambie significativamente. El solicitante tiene la opción de volver a presentar una solicitud después de que hayan expirado los 12 meses o en cualquier momento en que haya habido un cambio significativo en los ingresos familiares. Cuando el solicitante vuelve a presentar la solicitud, el período retrospectivo será los meses menores o el vencimiento de su última solicitud del Programa de descuento de tarifa variable.
- Si un paciente expresa verbalmente que no está dispuesto a pagar o abandona las instalaciones sin pagar los servicios, se contactará al paciente por escrito con respecto a sus obligaciones de pago. Si el paciente no está en el programa de tarifas móvil, una copia del seguro. La solicitud del programa de descuento de tarifa variable se enviará con el aviso. Si el paciente no hace un esfuerzo por pagar o no responde dentro de los 60 días, esto constituye una negativa a pagar. En este momento, Start Community Health Center puede explorar opciones no limitadas, pero que incluyen ofrecer al paciente un plan de pago o la exención de cargos.
- La información relacionada con el Programa de descuento de tarifa variable se notificará por teléfono y carta.
- Los solicitantes que hayan sido aprobados para el Programa de descuento de tarifa variable serán notificados en el momento del servicio.

### **POLÍTICA FINANCIERA**

Gracias por elegir Start Community Health Center. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera que requerimos que la acepte y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestro Formulario de registro de pacientes antes de ver al médico.

### **Cesión de Beneficios**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y/o seguro se realice en mi nombre a Start Corporation por cualquier servicio que me haya prestado. Autorizo a cualquier titular de mi información médica a divulgar la información necesaria para determinar estos beneficios a los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), sus agentes o cualquier compañía de seguros que tenga. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original.

### **Acuerdo Financiero**

Acepto que soy responsable del pago de los servicios prestados en Start Community Health Center. Es política de Start Community Health Center brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Si no tiene seguro, se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos que se compren en el exterior, incluidas pruebas de laboratorio, medicamentos, radiografías y otros servicios similares. El descuento de la escala móvil se determinará en la visita inicial a la clínica y luego cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Si estoy asegurado, entiendo que los reclamos se presentarán ante mi compañía de seguros y que soy responsable de los copagos, coseguros y/o deducibles según lo designe mi plan de salud. Entiendo que el copago autorizado de mi plan de salud debe pagarse en la fecha del servicio. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Start Corporation de cualquier cambio en mi información personal o información de seguro, y que es mi responsabilidad obtener referencias apropiadas si así lo requiere mi compañía.

Start Community Health Center hará un esfuerzo razonable para cobrar todos los cargos por los servicios de atención médica prestados, independientemente de si se aplican cargos estándar o con descuento. Un esfuerzo razonable puede incluir, entre otros, la emisión de una factura al paciente o a la parte responsable y el seguimiento de la facturación, las cartas y las llamadas telefónicas posteriores.

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PROVACIDAD**



**HIPAA (LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO)**

Este aviso describe cómo se puede usar, divulgar su información privada y cómo puede tener acceso a esta información..

Start Corporation puede usar y divulgar información sin su autorización:

- A los proveedores de atención médica que participan en su atención médica.
- Para obtener el pago o para pagar los servicios de atención médica que recibe.
- Para revisar la calidad de los servicios proporcionados, como durante las auditorías del programa.
- Para recordarle citas o enviarle información importante sobre servicios.
- Para avisos y actualizaciones de Salud Pública.
- Según lo requiera la ley y para el cumplimiento de la ley.
- Para Informes e Investigaciones de Abuso
- Programas de Gobierno.
- Para evitar daños.
- Para investigación.
- A familiares, amigos y otras personas que identificó como involucradas en sus servicios en sus formularios de admisión de pacientes. Puede eliminar personas en cualquier momento.

**Usos y divulgaciones**

La ley permite que Start Corporation divulgue la información de salud personal mínima necesaria de cada paciente para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica de la instalación.

**Autorizaciones Requeridas El Centro**

El Centro no divulgará la información de salud personal de ningún paciente para ningún otro propósito que no sea el pago, el tratamiento, los fines relacionados con los datos y las operaciones de atención médica, sin la autorización del paciente para divulgar tal información. Al solicitar dicha autorización, el paciente tendrá derecho a rechazar y/o revocar cualquier divulgación de la información de salud personal del paciente.

**Cumplimiento de Privacidad**

De acuerdo con las normas de privacidad promulgadas en virtud de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, 45 CFR Partes 160 y 164 ("Las normas de privacidad"), el centro ha adoptado políticas de privacidad con respecto al uso de la información de salud personal de los pacientes. El centro cumple con las Regulaciones de privacidad y todas las demás leyes y regulaciones relacionadas con el derecho de los pacientes a la privacidad.

**Información Adicional**

Para obtener información adicional sobre la política de privacidad de la instalación o para obtener una copia de este aviso, comuníquese con nuestra oficina. El centro se reserva el derecho de cambiar este aviso y hacer efectivo el aviso revisado y modificado para la información médica que el centro ya tiene sobre usted, así como cualquier información que el centro reciba en el futuro. El aviso contendrá la fecha de vigencia.

**Otros Usos y Divulgaciones Requieren Su Autorización Por Escrito**

Las autorizaciones por escrito suelen estar en vigor durante un año o durante un período de tiempo específico. Puede cancelar las autorizaciones en cualquier momento; sin embargo, no podemos recuperar información que ya se haya enviado según lo autorizado.

**DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE**

Tienes derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad individual y con protección de su necesidad de privacidad.
- Libertad de abuso, negligencia, explotación financiera o de otro tipo, humillación o represalia.
- Saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si él o ella no habla inglés y el derecho a solicitar servicios de traducción.
- Acceso imparcial a tratamiento médico o alojamiento, independientemente de la raza, origen nacional, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Ver y obtener copias de sus registros. En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener copias de sus registros. Debe

realizar la solicitud por escrito. Es posible que se le cobre una tarifa de copia. Los registros se proporcionarán dentro de 5 a 7 días hábiles.

- Solicitud para corregir, enmendar o actualizar sus registros. Las solicitudes deben ser por escrito.
- Formular una directiva anticipada y saber que la organización respetará esa directiva en la medida permitida por la ley.
- Solicitar límites sobre usos o divulgaciones de información de salud protegida. Las solicitudes deben ser por escrito. Start Community Health Center intentará cumplir con las solicitudes en la medida de lo posible dentro del alcance de la ley y el juicio clínico.
- Elija cómo nos comunicamos con usted, por ejemplo, por teléfono, correo electrónico o correo postal.
- Presentar una queja.
- Obtenga una copia impresa de este aviso.
- Reciba un aviso de los cambios en las prácticas de privacidad de Start Community Health Center.
- Trato competente y profesional, respetuoso y centrado en sus preferencias.
- Comunicación clara de derechos, normas y reglamentos al inicio de los servicios y anualmente a partir de entonces.
- Participación de la familia y otras personas importantes según lo solicite.
- Información inmediata sobre las condiciones, las alternativas de tratamiento y el derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley, incluidas las consecuencias de rechazar el tratamiento.
- Fomento para ejercer sus derechos como individuo y como ciudadano, incluido el derecho al voto.
- Participación en el desarrollo de metas, objetivos y planes del plan de tratamiento.
- Participación en su comunidad, incluidas actividades sociales, religiosas y de otro tipo.
- Confidencialidad dentro del programa, excepto cuando usted autorice la divulgación o lo exija la ley.
- Administre sus finanzas como mejor le parezca mientras mantiene sus obligaciones financieras.
- Hacer sugerencias o quejas personalmente o por escrito al Director del Programa y/o al Director Ejecutivo.
- Acceso a un abogado imparcial siempre que sus derechos o deseos parecen estar en conflicto o en peligro.
- Acceso a sus propios registros e información sobre divulgaciones de sus registros.

#### **Responsabilidades individuales para las personas en todos los programas**

- Estar completamente involucrado en los servicios y motivado para lograr las metas y objetivos del plan de tratamiento.
- No use ni venda drogas ilegales, drogas obtenidas ilegalmente u otras sustancias que puedan interferir con su recuperación o la recuperación de quienes lo rodean.
- Mantener contacto activo con familiares y otras personas importantes (información de contacto actualizada).
- Respete la propiedad de los demás al no tocar, tomar o tomar prestados artículos sin permiso.
- Prevenga el daño o la pérdida de artículos para sí mismo, para otros o para la agencia (puede ser necesario reemplazarlos).
- Respete el "tiempo de silencio" según lo definido por la jurisdicción local o los requisitos del arrendador/arrendamiento.
- Respete la privacidad de los demás en todo momento, incluso tocando puertas y recibiendo permiso antes de entrar.
- Cuando corresponda, asista a los programas laborales o escolares con regularidad, participando al máximo de su potencial.
- Participe plenamente en los servicios y notifique al personal en cualquier momento si cree que los servicios no satisfacen sus necesidades.
- Trabajar por la recuperación personal, la independencia y la calidad de vida.
- No fume dentro de la residencia (a menos que lo permita el contrato de arrendamiento) o en los vehículos de Start Corporation.
- Cuando sea necesario, permita que Start Corporation sea su beneficiario designado para el Seguro Social y otros beneficios.
- Mantener una buena higiene personal en todo momento.

#### **INFORMACIÓN Y GUÍA DE LA DIRECTIVA ANTICIPADA**

La Declaración de Luisiana es el testamento en vida de su estado. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que tenga una enfermedad terminal e irreversible y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas. Además, esta Declaración le permite designar a otra persona, llamada agente, para que tome decisiones de atención médica por usted en caso de que tenga una enfermedad terminal e irreversible y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas. Su Declaración de Luisiana entra en vigencia cuando su médico determina que tiene una enfermedad terminal e irreversible y que ya no puede tomar sus propias decisiones médicas. Este formulario también incluye una sección opcional que le permite tomar decisiones sobre la donación de órganos.

Este formulario no se refiere expresamente a la enfermedad mental. La información sobre directivas anticipadas está disponible previa solicitud.

Nota: Este documento será legalmente vinculante solo si la persona que lo completa es un adulto competente (al menos dieciocho años).

#### **¿Cómo legalizo mi Declaración de Luisiana?**

La ley exige que firme su Declaración en presencia de dos testigos adultos competentes, quienes también deben firmar el documento para demostrar que lo conocen personalmente y creen que está en su sano juicio. Estos testigos no pueden ser:

- relacionado con usted por sangre o matrimonio; o
- derecho a cualquier porción de su patrimonio.

Nota: No es necesario que notarice su Declaración de Luisiana.

#### **¿A quién debo designar como mi agente?**

Su agente es la persona que designe para tomar decisiones sobre su atención médica si usted mismo no puede tomar esas decisiones. Su agente puede ser un familiar o un amigo cercano en quien confíe para tomar decisiones serias. La persona que usted nombre como su agente debe comprender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones médicas por usted.

Puede designar a una segunda persona como su agente suplente. La alternativa intervendrá si la primera persona que nombra como agente no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

#### **¿Puedo agregar instrucciones personales a mi Declaración?**

Una de las razones más importantes para nombrar a un agente es tener a alguien que pueda responder con flexibilidad a medida que cambia su situación médica y manejar situaciones que usted no previó. Si agrega instrucciones a este documento, puede ayudar a sus agentes a cumplir sus deseos y actuar con cuidado para no restringir voluntariamente el poder de su agente para actuar en su mejor interés. En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente sobre su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

#### **¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Puede revocar su Declaración de Luisiana en cualquier momento, independientemente de su condición mental, al:

- Cancelar, desfigurar, borrar, quemar, rasgar o destruir de otro modo el documento, u ordenar a otro que lo haga en su presencia;
- Firmar y fechar una revocación por escrito; o
- Expresar oralmente su intención de revocar su Declaración.

Su revocación entra en vigencia una vez que notifique a su médico.

#### **He llenado mi Directiva Anticipada, ¿ahora qué?**

1. Su Declaración de Luisiana es un documento legal importante. Guarde el documento original firmado en un lugar seguro pero accesible. No guarde el documento original en una caja de seguridad ni en ninguna otra caja de seguridad que impida que otras personas tengan acceso a él.
2. Entregue fotocopias del original firmado a su agente y agente suplente, médico(s), familiares, amigos cercanos, miembros del clero y cualquier otra persona que pueda estar involucrada en su atención médica. Si ingresa a un asilo de ancianos u hospital, haga que se coloquen fotocopias de su documento en sus registros médicos.
3. Asegúrese de hablar con su(s) agente(s), médico(s), clérigo(s), familia y amigos acerca de sus deseos con respecto al tratamiento médico. Discuta sus deseos con ellos a menudo, particularmente si su condición médica cambia.
4. Louisiana mantiene un Registro de Declaración de Testamento en Vida. Al presentar su directiva anticipada en el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos pueden encontrar una copia de su directiva en caso de que no pueda proporcionar una. Puede leer más sobre el registro, incluidas las instrucciones sobre cómo presentar su directiva anticipada, en <http://www.sos.la.gov/OurOffice/EndOfLifeRegistries/Pages/default.aspx>.
5. También es posible que desee guardar una copia de su formulario en una aplicación, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares y otras personas que desee que participen activamente en su avance. planificación de cuidados.

6. Si desea realizar cambios en sus documentos después de que hayan sido firmados y atestiguados, debe completar un nuevo documento.
7. Recuerde, siempre puede revocar su documento de Luisiana.
8. Tenga en cuenta que su documento de Luisiana no será efectivo en caso de una emergencia médica. El personal de la ambulancia y del departamento de emergencias del hospital debe proporcionar reanimación cardiopulmonar (CPR) a menos que se les dé una directiva separada que establezca lo contrario. Estas directivas llamadas "directrices de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar" están diseñadas para personas cuya mala salud les da pocas posibilidades de beneficiarse de la RCP. Estas directivas instruyen al personal de emergencia de la ambulancia y del hospital que no intente RCP si su corazón o su respiración se detuvieran.

Le sugerimos que hable con su médico si está interesado en obtener este formulario.

### **SUGERENCIAS, QUEJAS Y QUEJAS**

- Tiene derecho a expresar sus inquietudes, sugerencias o quejas. Siga estos pasos para hacerlo:
  - Proporcione un informe verbal o escrito al personal o al supervisor tan pronto como sea posible. Puede pedir ayuda para hacer esto.
  - Provide full and accurate details, including witnesses, as best you can.
  - Proporcione detalles completos y precisos, incluidos los testigos, lo mejor que pueda.
  - Si no está satisfecho con la respuesta, por favor notifique a la Oficina Administrativa al 985 879-3966. El equipo de gestión administrativa revisará la queja y, según sea necesario, involucrará a los miembros de la junta para determinar una resolución.
  - Si aún no está satisfecho con la respuesta, puede solicitar un defensor externo a través de un recurso imparcial.
- Todas las quejas y agravios de personas atendidas por Start Corporation se tratarán con respeto, confidencialidad y prontitud. Se harán todos los esfuerzos para llegar a una resolución justa y justa, sin represalias hacia la persona que presenta la queja.
- Todas las quejas y agravios recibirán una pronta respuesta e investigación según se justifique. El miembro del personal involucrado principalmente en la respuesta deberá notificar al reclamante al menos una vez por semana sobre el progreso. La respuesta formal se brindará por escrito al denunciante dentro de los 3 días hábiles siguientes a la decisión.
- Usted y los demás tienen derecho a vivir libres de abuso, negligencia y explotación. El maltrato de niños, ancianos y adultos con discapacidades debe informarse con prontitud. Utilice las siguientes agencias y números de teléfono para informar:
  - NIÑOS: Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS) 1- 855-4LA-KIDS
  - ADULTOS/ANCIANOS: Servicios de Protección para Adultos/Ancianos – 1-800 898-4910 (o) 1-800 259-4990
- Para presentar una queja, comuníquese con la oficina del programa local o con la oficina principal por correo, teléfono o fax.