



New Patient Packet

GETTING TO KNOW OUR NEIGHBOR BETTER



THE BROOKLYN
CANCER CENTER

IN PARTNERSHIP WITH
NEW YORK CANCER & BLOOD SPECIALISTS

Querido _____

Bienvenidos y gracias por elegir a los Especialistas de The Brooklyn Cancer Center. Durante muchos años, Los Médicos de TBCC han estado proporcionando asistencia médica integral de primera calidad para nuestros pacientes en sus centros de cáncer de última generación utilizando las últimas terapias de tratamiento. Siempre estamos a la vanguardia con la tecnología y la medicina, así mismo, que nos aseguramos de que nuestros pacientes sean tratados con dignidad y respeto.

Actualmente tiene una cita como un paciente nuevo programada con:

Dr. _____ Fecha: _____ Hora: _____

Ubicación: _____ Teléfono: _____

Le pedimos que por favor llegue 15 minutos antes de su cita para registrarse. Tenemos formularios adjuntos para completar y traer consigo, junto con los registros relacionados con su diagnóstico y las tarjetas de seguro. Si tiene un seguro que requiere una remisión, favor de obtenerlo antes de su cita para que no haya retraso en su atención en The Brooklyn Cancer Center. Si su seguro requiere un copago, se debe hacer en el momento de su cita.

Por favor, no dude en comunicarse con el Navegador de pacientes nuevos del Centro de Cáncer de Brooklyn al **718-732-4080** y visite nuestro sitio web, **www.BrooklynCancer.com** para obtener más información y para ubicaciones y direcciones del hospital o si tiene alguna pregunta antes de su visita.

Esperamos verte

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Médico/Ubicación _____ Fecha: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Sexo: Masculino _____ Femenino: _____ Edad: _____ Seguridad Social # _____
 Dirección: _____
 Actualmente está ingresado en:
 Centro de Rehabilitación Interna _____ Sí _____ NO _____
 Centro de Enfermería Especializada _____ Sí _____ NO _____
 Hogar de Ancianos _____ Sí _____ NO _____
 Etnicidad/ Raza: _____ Lenguaje Preferido : _____
 Teléfono : _____ Estado Civil: S _____ M _____ D _____
 W _____
 Dirección de Email: _____ Teléfono móvil: _____
 Método preferido de contacto: correo electrónico, casa o teléfono celular _____
 Referido Por: _____ Medico Familiar: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
 Ocupación _____ Tiempo Completo _____ Medio Tiempo _____
 ¿Empleador del Paciente? _____ Teléfono del Empleado _____
 ¿Dirección del Empleador? _____
 Nombre de Cónyuge _____ Fecha de nacimiento de Cónyuge _____ Numero de Seguro Social de Cónyuge # _____
 Farmacia Preferencia: _____ Número telephono de Farmacia _____

 Seguro Primario _____ Nombre de Suscriptor _____ ID# _____
 Fecha de Nacimiento _____ Grupo# _____ Relación _____

Directivas Avanzadas (circule uno):

Testamento vital / Poder legal por abogado / Persona auto rizado para tomar decision medicopor
abogado

Asignación de Beneficios:

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos para incluir los beneficios médicos principales a los que tengo derecho,
incluyendo Medicare, Seguro Privado y cualquier otro Plan de Salud para: The Brooklyn Cancer Center.

Esta asignación permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una copia fotográfica de esta asignación debe ser considerada
como válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por dicho seguro. * Por la presente
autorizo a dicho cesionario a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago.

* En el caso de que esta cuenta esté asignada a colección, acepto pagar todos los costos de recolección, incluyendo honorarios razonables de
abogado.

*** TENGA EN CUENTA QUE SE DEBE LLENAR EL FORMULARIO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD ADJUNTO Y EL FORMULARIO DE REGISTRO DE
PACIENTES QUE SE REQUIEREN BAJO LAS DIRECTRICES DE HIPAA**

Firma del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

HISTORIA MEDICAL

NOTA: Este es un registro confidencial y se mantendrá en el consultorio de su médico. La información contenida aquí no será divulgada a nadie sin su autorización.

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

Fecha de Nacimiento _____ ¿Cuál fue la fecha del último examen físico? _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA _____

¿Cuál es la razón de su visita: _____

Es Obligatorio Responder estas Preguntas. Usted no será examinado hasta que este formulario sea completado

¿Cuándo fue la última colonoscopia? _____ ¿Lugar? _____ Nunca _____

¿Cuándo fue la última Mamografía _____ ¿Lugar? _____ Nunca _____

¿Cuándo fue el último examen de densidad ósea? _____ ¿Lugar? _____ Nunca _____

¿Cuándo fue la última vacuna contra la gripe? _____ ¿Cuándo fue la última vacuna de Neumonía? _____

¿Fuma usted? _____ ¿Cuántos Paquetes? _____ ¿Cuando dejaste de Fumar? _____

¿Quiere Ayuda con la cesación de fumar? SI NO

¿Uso de Alcohol? SI NO

¿Alguna vez ha estado expuesto a sustancias tóxicas, por ejemplo: Asbestos o productos químicos: SI NO

¿QUIÉN DE SU FAMILIA INMEDIATA TIENE LO SIGUIENTE?

ENFERMEDAD	TU	RELACION	ENFERMEDAD	TU	RELACION
CANCER DE VEJIGA			GI - PROBLEMAS ESTOMACALES		
CANCER DE RINON			DIABETES		
CANCER DE PROSTATA			ENFERMEDAD DE CORAZON		
CANCER DE TESTICULAR			ENFERMEDAD INFECCIOSA		
PRESION ARTERIAL ALTA			ARTRITIS		
ENFERMEDAD PULMONAR			GOTA		
ENFERMEDAD RENAL			ENFERMEDAD MENTAL O NEUROLOGICA		
ENFERMEDAD RENAL POLIQUISTICA			PROBLEMAS URINARIOS		
TIROIDES ENDOCRINA			UTERINE PROLAPSE		
ANEMIA TRASTORNO SANGUINEO			PROBLEMAS URINARIOS		
PROBLEMA DE SANGRADO			DOLOR DE ESPALDA		
PROLAPSO VESICAL			REFLUJO GÁSTRICO		
DIFICULTAD PARA ORINAR			INSUFICIENCIA RENAL		
HERNIA			CÁLCULOS RENALES		

ENFISEMA			PROLAPSO VAGINAL		
----------	--	--	------------------	--	--

HISTORIA MÉDICO - *continuado*

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS: NO SÍNTOMAS EN ESTE MOMENTO: _____

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
ESCALOFRÍOS			TOS		
FATIGA			DIFICULTAD RESPIRATORIA		
FIEBRE			DOLOR DE PECHO		
SUDORACION			ESTREÑIMIENTO		
PÉRDIDA DE PESO			DIARREA		
PICAZON			NAUSEAS		
ERUPCION			VOMITOS		
MAREOS			SANGRE EN LA ORINA/HECES		
GLANDULAS HINCHADAS			SANGRAR FÁCILMENTE		

¿TIENES ALGUNA ALERGIA A UN MEDICAMENTO? _____

¿TIENES ALGUNA ALERGIA A LOS ALIMENTOS? _____

¿TIENES ALGUNA ALERGIA AL LÁTEX? _____

CIRUGÍA PASADA	DÓNDE	CIRUGÍA PASADA	DÓNDE

HISTORIA MÉDICO - *continuado*

PREGUNTAS UROGYNECOLOGICAL:

Cuantos embarazos? _____ Numero de partos? _____

Sientes que tus órganos pélvicos se están cayendo? SI NO

Sientes un bulto en la abertura de su vagina? SI NO

Cuando fue tu ultimo ciclo menstrual? _____

POR FAVOR, LISTE TODAS LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE USTED TIENE O ESTÁ SIENDO TRATADA

OTROS MÉDICOS QUE LO CUIDAN	SU ÚLTIMA VISITA ALLÍ	RAZÓN DE LA VISITA

¿HAS SALIDO DEL PAÍS RECIENTEMENTE? _____ ¿A DÓNDE? _____ ¿CUÁNDO? _____

¿HAY ALGUNA OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE QUE DEBERÍAMOS SABER AHORA QUE IMPUTA SU ATENCIÓN Y TRATAMIENTO?

SE REQUIERE SU FIRMA _____ FECHA _____

GRACIAS POR SU AYUDA CON ESTA COLECCIÓN DE DATOS. ESTA INFORMACIÓN ES INESTIMABLE A NOSOTROS Y AYUDA A CONOCERLE MEJOR. TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SE TRATARÁ ESO DE ESA MANERA EN TODO MOMENTO. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA RELACIONADA CON ESTA INFORMACIÓN O NECESITA ALGUNA AYUDA PARA CLARIFICAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR DE LLAMAR.

HISTORIA MÉDICO - *continuado*

La siguiente información es obligatoria y de gran importancia en su cuidado continuo y tratamiento con esta instalación. Esta información nos ayudará a mejorar y hacer que sus registros médicos sean más precisos.

Nombre: _____ Altura: _____ Peso: _____ Fecha de Nacimiento: _____

MARQUE UNO: ¿Es diabético? SI NO ¿Es dependiente de la insulina SI NO

LISTA DE LOS MEDICAMENTOS:

NOMBRE	DOSIS	RUTA	FRECUENCIA	CUANDO

ALLERGIAS:

ALÉRGICO A	REACCION	GRAVEDAD (PELIGROSO O SEVEREO)

ENVÍE TODOS LOS RESULTADOS A:

NOMBRE DE DOCTOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Número de Record Médicos #: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Dirección: _____

Autorización dada a para proveer The Brooklyn Cancer Center Con acceso a mis REGISTROS MÉDICOS Y / O HOSPITALES (fax: _____):

Dr. _____ Telefono #: _____

Dr. _____ Telefono#: _____

Dr. _____ Telefono #: _____

1. Registros de admisión y / o tratamiento para las siguientes fechas de servicio

De: _____

2. La siguiente información especificada:

A. Análisis de sangre Si _____ No _____

B. Rayos X Si _____ No _____

C. Patología Si _____ No _____

D. Todo lo de arriba Si _____ No _____

E. Específicas: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del testigo: _____ **Relación con el paciente:** _____

REGISTRO DE DIVULGACIONES DE RECORDS MEDICOS DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a los individuos el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de PHI se haga por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en lugar del hogar del individuo.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de hogar _____ | <input type="checkbox"/> Comunicación escrita |
| <input type="checkbox"/> De Acuerdo dejar mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> De Acuerdo para enviar correo a mi dirección de mi casa |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con solo el número de llamada de vuelta _____ | <input type="checkbox"/> De Acuerdo enviar correo a mi dirección de trabajo |
| | <input type="checkbox"/> Aceptar enviar por fax a este número: _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de móvil: _____ | <input type="checkbox"/> Número de Trabajo: _____ |
| <input type="checkbox"/> De Acuerdo para dejar un mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> De Acuerdo para dejar un mensaje detallado |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con solo el número de llamada de vuelta | |

Otros (LISTE OTRO MIEMBRO DE FAMILIA A QUIEN PODEMOS LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA)

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ Numero #: _____
 NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ Numero #: _____

Firma del Paciente

Fecha

Imprimir Nombre

Fecha de Nacimiento

La Regla de Privacidad generalmente requiere que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso o divulgación de, Y las solicitudes de PHI al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. Estas disposiciones no se aplican a usos o divulgaciones hechas de acuerdo con una autorización solicitada por el individuo. Las entidades de salud deben mantener registros de revelaciones de PHI. La información proporcionada a continuación, si se completa correctamente, constituirá un registro adecuado.

Nota: Los usos y divulgaciones para TPO pueden ser permitidos sin consentimiento previo en una emergencia.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Al firmar este formulario, usted reconoce que le proporcionamos nuestra notificación de Prácticas de Privacidad, la cual explica cómo su información de salud puede manejarse en varias situaciones incluyendo su tratamiento, pago de su factura y nuestras operaciones de atención médica. Si su primera fecha de servicio con nosotros se debió a una emergencia, debemos tratar de proporcionarle nuestro Aviso y obtener su reconocimiento por escrito para el Aviso tan pronto como podamos una vez que la emergencia ha pasado.

He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad (con fecha efectiva el 14 de abril de 2018).

Firma de Paciente (o Representante Legal)

Fecha

Relación de Representante Legal

Fecha

For Office Use Only

To be completed only if acknowledgement is not signed.

1) Was the patient given a copy of the Notice of Privacy Practices? Yes No

2) Please explain why the patient was unable to sign this Acknowledgement and our efforts to try to obtain the patient's signature:

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO

Su seguro es un método para que usted reciba reembolso de honorarios que usted ha pagado a su médico por los servicios prestados. Teniendo seguro no es sustituto a un pago. Muchas compañías de seguro tienen arreglos de asignación o porcentaje basado a la cobertura con ellos, no con nuestra oficina. Es su responsabilidad de pagar el deducible, Seguro Adicional Cualquier balance que el seguro no cubra. Nosotros le asistiremos a que usted reciba el reembolso lo más pronto posible, pero o usted es responsable por su factura.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Primario: _____ Direccion: _____

Number de poliza: _____ Grupo #: _____ Telefono: _____

Suscriptor: _____ Relación al Suscriptor: _____

Seguro Secundario: _____ Direccion: _____

Number de poliza: _____ Grupo #: _____ Telefono: _____

Suscriptor: _____ Relación al Suscriptor: _____

SU FIRMA ES REQUERIDA PARA NOSOTROS PODER PROCESAR CUALQUIER RECLAMACIÓN Y PARA ASEGURAR EL PAGO DE SERVICIO PRESTADOS.

Paciente Non- Medicare

Yo autorizo la liberación de toda información médica para el proceso de mi reclamación y todo pertinente a mi atención médica. Yo asigno todo los beneficios médica y/o quirúrgico incluyendo mayores beneficios médica en cual yo tenga derecho para el medico/Clinica. La asignación sigue en efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Una Fotocopia de esta asignación es considerado válido como la original

Paciente Medicare/ Medicaid

Yo solicito el pago autorizado para los beneficios de Medicare hechos a mi nombre para el médico/ clínica y por cualquier servicio dado por el proveedor. Yo autorizo a cualquier titular de mi información médica que se comparta con Health Care Financing Administration y Con los agentes de información necesaria para determinar los beneficios O beneficios pago relacionado con los servicios. La asignación sigue en efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Una Fotocopia de esta asignación es considerado válido como la original.

YO ESTOY DE ACUERDO FINANCIERAMENTE DE SER RESPONSABLE POR TODO LOS CARGOS. YO HE LEIDO ESTA INFORMACION Y ENTIENDO.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Parte Responsable: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York

A través de una organización de intercambio de información sanitaria

Número de identificación del paciente: _____

Nombre y apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Solicito que se acceda a la información sanitaria con respecto a mi cuidado y tratamiento como se establece en este formulario. Puedo elegir si permitir o no que The Brooklyn Cancer Center | NY Cancer and Blood Specialists | NY Health obtenga acceso a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información sanitaria llamada Healthix. Si doy mi consentimiento, se puede acceder a mis registros médicos de diferentes lugares donde obtengo atención sanitaria mediante una red informática estatal. Healthix es una organización sin ánimo de lucro que comparte información sanitaria de las personas electrónicamente y cumple con los estándares de privacidad y seguridad de la HIPAA y la Ley del Estado de Nueva York. Visite el sitio web de Healthix en www.healthix.org para obtener más información.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi capacidad de conseguir atención médica. La elección que haga en este formulario NO permite que los seguros sanitarios tengan acceso a mi información con el propósito de decidir si proporcionarme cobertura de seguro sanitario o pagar mis facturas médicas.

Mi elección de consentimiento. *UNA casilla está marcada a la izquierda de mi elección.*

Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro.

También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento al completar un nuevo formulario.

1. DOY CONSENTIMIENTO para que The Brooklyn Cancer Center | NY Cancer and Blood Specialists | NY Health acceda a TODA mi información sanitaria electrónica a través de Healthix para brindar atención sanitaria.

2. NIEGO EL CONSENTIMIENTO para que The Brooklyn Cancer Center | NY Cancer and Blood Specialists | NY Health acceda a mi información sanitaria electrónica a través de Healthix para cualquier propósito.

**Si deseo negar el consentimiento de todas las organizaciones de atención sanitaria y planes de salud que forman parte de Healthix para acceder a mi información sanitaria electrónica a través de Healthix, puedo hacerlo al visitar el sitio web de Healthix en www.healthix.org o al llamar a Healthix al 877-695-4749.*

Se han respondido mis preguntas sobre este formulario y se me ha proporcionado una copia de este.

Firma del paciente o representante legal del paciente _____ Fecha: _____

Nombre en letras de imprenta del representante legal (si corresponde) _____

Relación del representante legal con el paciente (si corresponde) _____



AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE: continuación

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

1. Cómo se puede utilizar la información: la información sanitaria electrónica **solo** se utilizará para los siguientes servicios sanitarios:

- **Servicios de tratamiento:** brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
- **Verificación de admisibilidad del seguro:** comprobar si tiene seguro sanitario y qué cubre.
- **Actividades de gestión sanitaria:** estas incluyen obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de múltiples servicios de atención sanitaria que se le brindan o apoyar en el seguimiento de un plan de atención médica.
- **Actividades de mejora de la calidad:** evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda a usted y a todos los pacientes.

2. Qué tipo de información se incluye: si da el consentimiento, la(s) organización(es) de atención sanitaria numerada(s) puede(n) acceder a TODA la información sanitaria electrónica disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de la firma del presente formulario. Los registros sanitarios pueden incluir el historial de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o un hueso roto), los resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y las listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede incluir problemas delicados de salud, que incluyen, entre otras:

- Problemas de consumo de alcohol o drogas
- Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
- Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
- VIH/sida
- Problemas de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Medicación y dosis
- Información de diagnóstico
- Alergias
- Resumen del historial de consumo de sustancias
- Notas clínicas
- Resumen del alta
- Información laboral
- Condiciones de vida
- Apoyos sociales
- Reclamaciones de datos de encuentro
- Prueba de laboratorio



AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE: *continuación*

3. De dónde proviene la información sanitaria: la información sanitaria proviene de lugares que le han brindado atención médica o seguro sanitario. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, seguros sanitarios, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información sanitaria electrónicamente. Una lista completa y actual se encuentra disponible en Healthix. Puede conseguir una lista actualizada en cualquier momento en el sitio web de Healthix en www.healthix.org o al llamar al **877-695-4749**.

www.healthix.org; or call the NYS Department of Health at 518-474-4987; or follow the complaint process of the federal Office for Civil Rights at the following link: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

4. Quiénes pueden acceder a la información si da el consentimiento: solo los médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a la(s) que ha dado el consentimiento a acceder que llevan a cabo actividades permitidas por este formulario como se describió anteriormente en el párrafo uno.

5. Acceso a los organismos de sanidad pública y organizaciones de obtención de órganos: los organismos de sanidad pública federales, estatales o locales y ciertas organizaciones de obtención de órganos están autorizados por ley a acceder a la información sanitaria sin el consentimiento del paciente para ciertos fines de trasplante de órganos y sanidad pública. Estas entidades pueden acceder a la información a través de Healthix para estos fines sin importar si da el consentimiento, lo niega o no llena un formulario de consentimiento.

6. Sanciones por acceso o uso indebido de la información: existen sanciones por acceso o uso inapropiado de la información sanitaria electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto u obtenido acceso a la información, lo ha hecho, llame a The Brooklyn Cancer Center | NY Cancer and Blood Specialists | NY Health al: 718-250-8721; o visite el sitio web de Healthix: www.healthix.org; o llame al Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso de denuncia de la Oficina Federal de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

7. Divulgación de la información: cualquier organización a la que haya dado el consentimiento de acceder a la información sanitaria puede volver a divulgar la información sanitaria, pero solo en la medida permitida por las leyes y reglamentos estatales y federales. Solo se puede acceder y volver a divulgar la información relacionada con el tratamiento de alcohol o drogas o la información confidencial relacionada con el VIH si se acompaña de las declaraciones exigidas con respecto a la prohibición de la nueva divulgación.

8. Período efectivo: este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que cambie la elección de consentimiento, fallecimiento o hasta que Healthix cese sus operaciones. Si Healthix se fusiona con otra entidad habilitada, la elección de consentimiento permanecerá en vigor con la entidad recién fusionada.

9. Cambiar la elección de consentimiento: puede cambiar la elección de consentimiento en cualquier momento y de cualquier organización de atención sanitaria o plan de salud al enviar un nuevo formulario de consentimiento con la nueva elección. Las organizaciones que acceden a la información sanitaria a través de Healthix mientras el consentimiento está en vigor pueden copiar o incluir la información en sus propios registros médicos. Incluso si luego decide cambiar la decisión de consentimiento, no están obligados a devolver la información o eliminarla de sus registros.

10. Copia del formulario: tiene derecho a obtener una copia de este formulario de consentimiento.

HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLA DETENIDAMENTE

INTRODUCCIÓN

Entendemos que su información médica es privada y confidencial. Además, la ley requiere que se mantenga la privacidad de "información médica protegida". "Información médica protegida" o "PHI" incluye cualquier información identificable individualmente que obtengamos de usted u otros que se relacione con su pasado, presente o futuro. La salud física o mental, la atención médica que ha recibido o el pago por su atención médica. Compartiremos información médica protegida entre sí, según sea necesario, para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica relacionadas con los servicios que se prestarán en The Brooklyn Cancer Center | NEW YORK CANCER & BLOOD SPECIALISTS.

Como lo requiere la ley, este aviso le provee información sobre sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de PHI. Este aviso también discute los usos y revelaciones que haremos de su PHI. Debemos cumplir con las disposiciones de este aviso como están vigentes, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y hacer que el aviso revisado sea efectivo para todos los PHI que mantenemos. Siempre puede solicitar una copia escrita de nuestro aviso de privacidad más reciente de nuestro equipo de recepción o ingrese en NYCancer.com.

USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIÓN

Podemos usar o revelar su PHI para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías de usos y divulgaciones, hemos proporcionado una descripción y un ejemplo a continuación. Sin embargo, no todos los usos particulares o divulgación en cada categoría serán enumerados.

Tratamiento significa la provisión, coordinación o administración de su atención médica, incluyendo consultas entre proveedores de atención médica relacionadas con su atención y referencias para la atención de la salud de un proveedor de atención médica a otro. Por ejemplo, un médico que le trate por una fractura de la pierna puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retardar el proceso de curación. Además, el médico puede tener que ponerse en contacto con un fisioterapeuta para crear el régimen de ejercicio adecuado para su tratamiento.

Pago significa las actividades que nos comprometemos a obtener el reembolso por la atención médica que se le proporciona, incluyendo facturación, cobros, gestión de reclamaciones, determinación de elegibilidad y cobertura y otras actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, es posible que tengamos que proporcionar PHI a su tercero pagador para determinar si el curso de tratamiento propuesto será cubierto. Cuando posteriormente facturemos al Tercero Pagador por los servicios prestados a usted, podemos proporcionarle al Tercero Pagador información sobre su cuidado si es necesario para obtener el pago. Las leyes federales o estatales pueden exigir que obtengamos una liberación por escrito de usted antes de revelar ciertas PHI especialmente protegidas para propósitos de pago, y le pediremos que firme una liberación cuando sea necesario bajo la ley aplicable.

Operaciones de atención médica significa las funciones de apoyo de The Brooklyn Cancer Center | NEW YORK CANCER & BLOOD SPECIALISTS relacionadas con el tratamiento y pago, tales como actividades de aseguramiento de calidad, manejo de casos, recepción y respuesta a comentarios y quejas de pacientes, revisiones de médicos, programas de cumplimiento, auditorías, planificación de negocios, desarrollo, Gestión y actividades administrativas. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar el desempeño de nuestro personal al cuidarlo. También podemos combinar PHI sobre muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos revelar PHI para la revisión y los propósitos de aprendizaje. Además, podemos quitar la información que lo identifica para que otros puedan usar la información des-identificada para estudiar el cuidado de la salud y el cuidado de la salud sin saber quién es usted.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

- También podemos usar su PHI de las siguientes maneras:
- Proporcionar recordatorios de citas para tratamiento o atención médica. Para informarle o recomendarle posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. A su familia o amigos o cualquier otra persona identificada por usted en la medida directamente relacionada con la participación de esa persona en su cuidado o
- Pago por su cuidado. Podemos usar o divulgar su PHI para notificar, o ayudar en la notificación de, un miembro de la familia, un representante personal, o Otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, estado general o muerte. Si usted está disponible, le daremos una oportunidad de oponerse a estas revelaciones, y no haremos estas revelaciones si usted se opone. Si no está disponible, determinaremos si una divulgación a su familia o amigos es en su mejor interés, teniendo en cuenta las circunstancias y con base en nuestro juicio profesional.
- Cuando lo permita la ley, podemos coordinar nuestros usos y divulgaciones de PHI con entidades públicas o privadas autorizadas por la ley o por carta para ayudar en los esfuerzos de ayuda de desastre.
- Permitiremos que su familia y amigos actúen en su nombre para recoger recetas médicas, suministros médicos, radiografías y formas similares de PHI cuando determinamos, en nuestro juicio profesional, que es en su mejor interés hacer tales revelaciones .
- Podemos comunicarnos con usted como parte de nuestros esfuerzos de recaudación de fondos y marketing, según lo permita la ley aplicable. Usted tiene el derecho de optar por no recibir tales comunicaciones de recaudación de fondos
- Podemos usar o divulgar su PHI para propósitos de investigación, sujeto a los requisitos de la ley aplicable. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparaciones de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento en particular. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial que equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad de un paciente. Cuando sea necesario, obtendremos una autorización por escrito de usted antes de usar su información de salud para la investigación. Utilizaremos o revelaremos PHI sobre usted cuando lo requiera la ley aplicable.
- De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar su PHI a su empleador si somos retenidos para realizar una evaluación relacionada con la vigilancia médica de su lugar de trabajo o para evaluar si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Usted será notificado de estas revelaciones por su empleador o The Brooklyn Cancer Center | NEW YORK CANCER & BLOOD SPECIALISTS como lo requiere la ley aplicable.

Nota: Los usos incidentales y las revelaciones de PHI a veces ocurren y no se consideran una violación de sus derechos. Los usos y divulgaciones incidentales son subproductos de usos o divulgaciones permitidos de otro modo que son de naturaleza limitada y no pueden ser razonablemente evitados.

HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (continuado)

SITUACIONES ESPECIALES

Sujeto a los requisitos de la ley aplicable, haremos los siguientes usos y revelaciones de su PHI:

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar la PHI a las organizaciones que manejan la adquisición de órganos o el trasplante según sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.

Militares y Veteranos. Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI sobre usted como lo requieren las autoridades del mando militar. También podemos divulgar PHI sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

Compensación del Trabajador. Podemos divulgar su PHI acerca de usted para programas que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de salud pública. Podemos divulgar su PHI sobre usted para actividades de salud pública, incluyendo revelaciones:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- informar sobre nacimientos y muertes;
- reportar abuso o negligencia infantil;
- a personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para actividades relacionadas con la calidad, seguridad o efectividad de productos o servicios regulados por la FDA y para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad o que esté en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente adulto ha sido víctima de abuso, negligencia o abuso doméstico.

Violencia. Sólo haremos esta revelación si el paciente está de acuerdo o cuando es requerido o autorizado por la ley.

Actividades de Supervisión de la Salud. Podemos divulgar la PHI a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades (por ejemplo, brindando atención médica, buscando pagos y derechos civiles).

Demandas y Disputas. Si usted está involucrado en un pleito o una disputa, podemos revelar PHI sujeto a ciertas limitaciones.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar PHI si un funcionario de la ley lo solicita:

- En respuesta a una orden judicial, una orden judicial, una citación o un proceso similar;
- Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un crimen bajo ciertas circunstancias limitadas;
- Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre la conducta criminal en nuestras instalaciones; o
- En circunstancias de emergencia, para reportar un crimen, la ubicación de un crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen

Coroners, Examinadores Médicos y Directores Funerarios. Podemos divulgar la PHI a un forense o médico forense. También podemos divulgar la PHI sobre los pacientes a los directores de funerarias como sea necesario para llevar a cabo sus deberes.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Podemos divulgar PHI sobre usted a oficiales federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia, otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley, o a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente o jefes de estado extranjeros.

Presos Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su PHI acerca de usted a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta liberación sería necesaria (1) para proveer cuidado de salud; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; O (3) por la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

Amenazas serias. De conformidad con lo permitido por la ley aplicable y los estándares de conducta ética, podemos usar y divulgar la PHI si creemos, de buena fe, que el uso de la revelación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o El público o es necesario que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o arresten a un individuo.

Nota: La información relacionada con el VIH, información genética, registros de alcohol y / o abuso de sustancias, registros de salud mental y otra información de salud especialmente protegida pueden gozar de ciertas protecciones especiales de confidencialidad bajo las leyes estatales y federales aplicables. Cualquier revelación de este tipo de registros estará sujeta a estas protecciones especiales.

OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Ciertos usos y divulgaciones de PHI se harán solamente con su autorización por escrito, incluyendo usos y / o revelaciones: (a) de notas de psicoterapia (donde sea apropiado); B) con fines de comercialización; Y (c) que constituyen una venta de PHI bajo la Regla de Privacidad. Otros usos y revelaciones de PHI no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solamente con su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar esa autorización en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito, excepto en la medida en que ya hemos tomado medidas en dependencia de su autorización.

TUS DERECHOS

1. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre nuestros usos y divulgaciones de PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, estamos obligados a cumplir con su solicitud si se relaciona con una divulgación a su plan de salud. Con respecto a los artículos o servicios de atención médica para los cuales usted haya pagado la factura en su totalidad. Para solicitar una restricción, puede hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en The Brooklyn Cancer Center | NEW YORK CANCER & BLOOD SPECIALISTS
2. Usted tiene el derecho de solicitar razonablemente recibir comunicaciones confidenciales de su PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Para hacer tal solicitud, puede enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de The Brooklyn Cancer Center | NEW YORK CANCER & BLOOD SPECIALISTS.
3. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la PHI contenida en sus registros médicos / de facturación, excepto:
(I) notas de psicoterapia (es decir, notas que han sido registradas por un profesional de salud mental documentando sesiones de consejería y que han sido separadas del resto de su historial médico); (II) para información recopilada con anticipación razonable o para uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo;
(III) para PHI que implica pruebas de laboratorio cuando su acceso está restringido por la ley; (IV) si usted es preso y su acceso pondría en peligro su salud, seguridad, custodia o rehabilitación o la de otros reclusos, cualquier funcionario, empleado u otra persona en la institución correccional o persona responsable de transportar; (V) si obtuvimos o creamos PHI como parte de un estudio de investigación, su acceso a la PHI puede estar restringido mientras la investigación esté en progreso, siempre y cuando usted haya aceptado la denegación temporal de acceso al consentir participar en la investigación. investigación; (VI) para PHI contenido en registros mantenidos por una agencia federal o contratista cuando su acceso está restringido por la ley; y
(VII) para PHI obtenido de alguien que no es nosotros bajo una promesa de confidencialidad cuando el acceso solicitado sería razonablemente probable revelar la fuente de la información.
Para inspeccionar u obtener una copia de su PHI, puede enviar su solicitud por escrito a la Sección de Registros Médicos de The Brooklyn Cancer Center | NEW YORK CANCER & BLOOD SPECIALISTS.. Si solicita una copia, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiar y enviar por correo sus registros, así como otros costos asociados con su solicitud. También podemos negar una solicitud de acceso a PHI bajo ciertas circunstancias si existe un potencial de daño a usted o a otros. Si rechazamos una solicitud Para el acceso para este propósito, usted tiene derecho a que nuestra denegación sea revisada de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.
4. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su PHI, pero podemos negar su solicitud de enmienda si determinamos que la PHI o registro que es el tema de la solicitud:
(I) no fue creado por nosotros, a menos que proporcione una base razonable para creer que el originador de PHI ya no está disponible para actuar en el Enmienda solicitada; (II) no forma parte de sus registros médicos o de facturación u otros registros utilizados para tomar decisiones sobre usted; (III) no está disponible para la inspección como se establece arriba; o (IV) sea precisa y completa. En cualquier caso, cualquier enmienda acordada se incluirá como una adición a, y no un reemplazo, de los registros ya existentes. Para solicitar una enmienda a su PHI, debe presentar su solicitud por escrito a la Sección de Registros Médicos de nuestra oficina junto con una descripción de la razón de su solicitud.
5. Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de las revelaciones de PHI hechas por nosotros a personas físicas o entidades distintas de usted durante los seis años anteriores a su solicitud, con excepción de las revelaciones: (I) llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud según lo dispuesto anteriormente; (II) incidentales a un uso o divulgación permitidos o requeridos por la ley aplicable; (III) conforme a su autorización por escrito; (IV) a las personas involucradas en su cuidado o para otros fines de notificación según lo dispuesto por la ley; (V) con fines de seguridad nacional o de inteligencia, según lo dispuesto por la ley; (VI) a las instituciones penitenciarias o a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley según lo dispuesto por la ley; (VII) como parte de un conjunto de datos limitado como lo establece la ley. Para solicitar una contabilidad de las revelaciones de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en nuestra oficina. Su solicitud debe indicar un período de tiempo específico para la contabilidad (por ejemplo, los últimos tres meses). La primera contabilidad que usted solicite dentro de un período de doce (12) meses Período será gratuito. Para las cuentas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos de los costos involucrados, y Usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier gasto.
6. Usted tiene el derecho de recibir una notificación, en el caso de que haya un incumplimiento de su PHI sin garantía, que requiere notificación bajo la Política de Privacidad Regla.

QUEJAS

Si cree que sus derechos de privacidad de HIPAA han sido violados, debe comunicarse inmediatamente con el Oficial de Privacidad al 718-250-8721. No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de la Región II, 26 Federal Plaza, Nueva York, NY 10278.

PERSONA DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta o desea más información acerca de este aviso de HIPAA, comuníquese con el Oficial de Privacidad al 718-250-8721. Este aviso entrará en vigor el 14 de febrero de 2018.

DERECHOS DEL PACIENTE

Respetamos la dignidad y el orgullo de cada persona a la que servimos. Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por edad, sexo, discapacidad, raza, color, ascendencia, ciudadanía, religión, embarazo, orientación sexual, identidad o expresión de género, nacionalidad, condición médica, estado civil, condición de veterano, fuente o capacidad de pago o cualquier otra razón prohibida por la ley federal, estatal o local. Cada persona será informada de los derechos y responsabilidades del paciente antes de administrar o suspender la atención al paciente. Adoptamos y afirmamos como política los siguientes derechos de los pacientes que reciben servicios de nuestros centros de atención médica:

ATENCIÓN CONSIDERADA Y RESPETUOSA

- Recibir atención ética, de gran calidad, segura y profesional sin discriminación

- Estar libre de todas las formas de abuso y acoso
- Ser tratado con consideración, respeto y reconocimiento de su individualidad, incluida la necesidad de privacidad en el tratamiento. Esto incluye el derecho a solicitar que el centro de atención médica proporcione a una persona del mismo sexo para que esté presente durante ciertas partes de los tratamientos, procedimientos o exámenes físicos hechos por un profesional de la salud del sexo opuesto, excepto en emergencias, y el derecho a no permanecer desnudo más tiempo del necesario para lograr el propósito médico por el cual se le pidió al paciente que se desnudara

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD Y LA ATENCIÓN MÉDICA

- Ser informado de su estado de salud en términos que el paciente pueda razonablemente comprender y participar en el desarrollo y la implementación de su plan de atención y tratamiento
- El derecho a ser informado de los nombres y funciones de todos los médicos y otros profesionales de la salud que brindan atención directa al paciente
- El derecho a ser informado sobre cualquier requisito de atención médica continua después de su alta del centro de cirugía (cada paciente recibirá indicaciones de alta por escrito y, cuando sea necesario, suministros médicos para la noche). El paciente también tendrá derecho a recibir asistencia del médico y personal adecuado para organizar la atención de seguimiento requerida después del alta
- Ser informado de los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los medicamentos y procedimientos de tratamiento, particularmente aquellos considerados innovadores o experimentales
- Ser informado de todos los procedimientos adecuados de tratamiento alternativo
- Ser informado de los resultados de la atención, el tratamiento y los servicios
- El derecho a una adecuada evaluación y manejo del dolor
- Ser informado si el centro de cirugía ha autorizado a otras instituciones de atención médica o educación a participar en el tratamiento del paciente. El paciente también tendrá derecho a conocer la identidad y la función de estas instituciones, y puede negarse a permitir su participación en su tratamiento

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA (continuación)

TOMA DE DECISIONES Y NOTIFICACIÓN

- Elegir a una persona para que sea su representante de atención médica o responsable de la toma de decisiones. El paciente también puede ejercer su derecho a excluir a cualquier miembro de la familia de participar en sus decisiones de atención médica
- El derecho a que un miembro de la familia, un representante elegido o su propio médico sea notificado inmediatamente del ingreso al hospital
- Solicitar o rechazar el tratamiento. Este derecho no se tiene que interpretar como un mecanismo para exigir la prestación de servicios o tratamiento considerados médicamente innecesarios o inadecuados
- Ser incluido en la investigación experimental sólo cuando él o ella dé el consentimiento informado y por escrito para dicha participación. El paciente puede negarse a participar en investigaciones experimentales, incluidas las investigaciones de nuevos medicamentos y dispositivos médicos
- Formular instrucciones por anticipado y estar informado antes de recibir tratamiento sobre cómo el centro de cirugía cumplirá o no con estas instrucciones
- Abandonar el centro de cirugía en contra del consejo médico en la medida permitida por la ley

ACCESO A LOS SERVICIOS

- Recibir, lo antes posible, los servicios gratuitos de un traductor o intérprete, dispositivos de telecomunicaciones y cualquier otro servicio o dispositivo necesario para facilitar la comunicación entre el paciente y el personal de atención médica del centro de cirugía (por ejemplo, intérpretes calificados, información escrita en otros idiomas, letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Llevar un animal de servicio al centro de atención médica, excepto donde los animales de servicio están específicamente prohibidos de conformidad con la política del centro de atención médica (por ejemplo, salas de operaciones, áreas donde se llevan a cabo procedimientos invasivos, etc.)
- El derecho a la orientación pastoral y a participar en actividades religiosas o sociales mientras está en el centro de cirugía, a menos que el médico piense que estas actividades no son médicamente recomendadas
- El derecho a alojamiento seguro y sanitario y refrigerios limitados antes del alta
- Acceder a personas fuera del centro de atención médica mediante comunicación verbal y escrita
- Tener accesibilidad a los edificios y terrenos del centro de atención médica. Reconocemos la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, una legislación de amplio alcance destinada a hacer que la sociedad estadounidense sea más accesible para las personas con discapacidades. La política está disponible previa solicitud
- El derecho a una respuesta rápida y razonable a las preguntas y solicitudes de servicio

ACCESO A LOS EXPEDIENTES MÉDICOS

- El derecho a que sus expedientes médicos, incluida toda la información médica computarizada, se mantengan confidenciales y a acceder a la información dentro de un plazo razonable. El paciente puede decidir quién puede recibir copias de los expedientes, excepto según lo exija la ley
- Al abandonar el centro de atención médica y de acuerdo con las políticas del centro de cirugía con respecto a las solicitudes de expedientes, los pacientes tienen derecho a obtener copias de sus expedientes médicos

DECISIONES ÉTICAS

- Participar antes de recibir tratamiento en las decisiones éticas que puedan surgir en la atención médica, incluidos los problemas de resolución de conflictos, la retención de servicios de reanimación, la renuncia o el retiro del tratamiento de soporte vital y la participación en estudios de investigación o ensayos clínicos
- Si el centro de atención médica o su equipo decide que el rechazo del paciente al tratamiento evita que él o ella reciba la atención médica adecuada de acuerdo con los estándares éticos y profesionales, la relación con el paciente se puede rescindir

SERVICIOS DE PROTECCIÓN

- Acceder a servicios de protección y defensa
- Estar libre de restricciones de cualquier tipo, que no sean médicamente necesarias o que el personal utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- A todos los derechos legales y civiles como ciudadano, a menos que la ley indique lo contrario
- Solicitar al médico del paciente una revisión imparcial de tratamientos peligrosos o tratamientos quirúrgicos irreversibles antes de la implementación, excepto en los procedimientos de emergencia necesarios para preservar la vida
- A una revisión imparcial de presuntas violaciones de los derechos del paciente
- Esperar que los procedimientos de emergencia se lleven a cabo sin demoras innecesarias
- Dar el consentimiento a un procedimiento o tratamiento y acceder a la información necesaria para proporcionar dicho consentimiento
- No ser obligado a hacer trabajos para el centro de atención médica, a menos que los trabajos sean parte del tratamiento del paciente y se hagan por elección propia
- Presentar una queja ante el Departamento de Salud, las agencias federales, estatales o locales u otros organismos de certificación, acreditación o mejora de la calidad si él o ella tiene una preocupación sobre el abuso del paciente, negligencia, sobre la apropiación indebida de las pertenencias de un paciente en el centro de atención médica u otra queja no resuelta, seguridad del paciente o preocupación de calidad

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA (continuación)

PAGO Y ADMINISTRACIÓN

- Examinar y recibir una explicación de la factura del centro de atención médica del paciente, independientemente de la fuente de pago, y recibir, previa solicitud, información relacionada con la disponibilidad de recursos financieros conocidos
- Un paciente idóneo para Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el profesional de la salud o el centro de atención médica aceptan la tasa de asignación de Medicare
- Recibir, previa solicitud y antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos por atención médica
- Ser informado por escrito sobre las políticas y los procedimientos del centro de atención médica para iniciar, revisar y resolver las quejas del paciente, incluida la dirección y el número de teléfono donde se pueden presentar las quejas

DERECHOS ADICIONALES DEL PACIENTE

- Excepto en emergencias, el paciente se puede transferir a otro centro de atención médica solo con una explicación detallada del motivo de la transferencia, las disposiciones para la atención continua y la aceptación por parte de la institución receptora
- Iniciar su propio contacto con los medios de comunicación
- Obtener la opinión de otro médico, incluidos los especialistas, a solicitud y expensas del paciente
- Utilizar ropa personal adecuada y artículos religiosos u otros elementos simbólicos, siempre que no interfieran con los procedimientos de diagnóstico o tratamientos
- Solicitar un traslado a otra área (médicamente adecuada) si otro paciente o un visitante en la habitación lo molesta injustificadamente

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

La atención que recibe un paciente depende parcialmente del propio paciente. Por lo tanto, además de los derechos antes mencionados, un paciente tiene ciertas responsabilidades. Estos se deben presentar al paciente con un espíritu de confianza y respeto mutuos.

- Dar información precisa y completa sobre su estado de salud, historial médico, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud
- Informar los riesgos percibidos en su atención médica y los cambios inesperados en su enfermedad al profesional responsable
- Informar sobre la comprensión de un procedimiento contemplado y lo que se espera del paciente y hacer preguntas cuando hay una falta de comprensión
- Seguir el plan de atención médica establecido por su médico, incluidas las indicaciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud mientras llevan a cabo las órdenes del médico
- Acudir a las citas o notificar al centro médico o al médico cuando él o ella no puede hacerlo
- Ser responsable de sus acciones si él o ella rechaza el tratamiento o no sigue las órdenes de su médico
- Garantizar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible
- Seguir las políticas, procedimientos, normas y reglamentos del centro de atención médica
- Ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal del centro de atención médica.
- Ser respetuoso de sus pertenencias y las de otras personas en el centro de atención médica
- Ayudar al personal a evaluar el dolor, solicitar alivio de inmediato, discutir las opciones y expectativas de alivio con los cuidadores, trabajar con los cuidadores para desarrollar un plan de manejo del dolor, informar al personal cuando el dolor no se alivia y comunicar las preocupaciones con respecto a los medicamentos para el dolor
- Informar al centro de atención médica sobre una violación de los derechos del paciente o cualquier preocupación de seguridad, incluido el riesgo percibido en su atención médica y los cambios inesperados en su enfermedad.

BIENVENIDO(A) A The Brooklyn Cancer Center

En el dispensario de NYCBS, podemos proveerles a nuestros pacientes los medicamentos de oncología y hematología que requieren para su tratamiento. Los medicamentos por vía oral se han convertido en una forma más práctica de tratar a muchos de nuestros pacientes. Al poder proporcionar el medicamento en nuestro dispensario, podemos garantizar que nuestros pacientes reciben sus medicamentos recetados en tiempo y forma. También podemos supervisar a los pacientes y asegurarnos de que tomen sus medicamentos. Tener contacto directo con sus médicos brinda una excelente capacidad de comunicación en caso de algún cambio en la terapia.

Los pacientes se benefician con nuestro dispensario de muchas maneras:

- Nuestros técnicos tienen acceso directo a los registros de los pacientes y a sus médicos, lo que nos permite brindar un servicio más rápido.
- Contamos con acceso a muchos medicamentos especializados que muchas farmacias locales no tienen.
- Los pacientes no tienen que salir de nuestra oficina, ir a la farmacia local y esperar por sus medicamentos.
- Los medicamentos pueden ser entregados en cualquiera de nuestras sucursales o, si lo solicita, pueden ser enviados por correo hasta su hogar.
- Si los pacientes tienen un copago alto, podemos remitirlos con nuestro equipo de asesores de beneficios para que reciban asistencia u obtengan medicamentos directo del laboratorio.

Nuestro objetivo es hacer que nuestros pacientes obtengan sus medicamentos de manera más sencilla. Muchos de estos medicamentos más nuevos son más difíciles de obtener, pero con nuestro equipo de NYCBS podemos garantizar una excelente calidad y servicio a nuestros pacientes.

Contamos con cinco dispensarios ubicados dentro de nuestras clínicas:

49 Rte 347, Port Jefferson Station, NY 11776
365 East Main St, Patchogue, NY 11772
750 Old Country Rd, Riverhead, NY 11901
2330 Eastchester Rd, Bronx, NY 10469
12 E 86th St Suite 4C, Nueva York, NY 10028

Surtir sus medicamentos con nosotros es fácil. Su médico nos enviará la receta, y nosotros nos encargaremos de todo y le llamaremos una vez que estén listos. Sus medicamentos se pueden recoger en cualquiera de nuestras clínicas o se pueden enviar a su hogar con uno de nuestros servicios de mensajería. Le llamaremos cada mes cuando haya que volver a surtir sus medicamentos.

Nuestros dispensarios están abiertos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. Se puede poner en contacto con nosotros llamando al 631-751-3000 y marcando la opción 6. En caso de una emergencia o estar fuera del horario, por favor, llame al 855-528-7322.

Estamos orgullosos de estar acreditados por la ACHC. Si desea hablar con ellos sobre alguna queja que considere que no puede resolver directamente con nosotros, por favor, llame al 855-937-2242.