



WHITMAN-WALKER HEALTH

Dirección postal:
Whitman-Walker Health
1525 14th St. NW
Washington, DC 20005

¡Bienvenido(a) a Whitman-Walker Health! Nos complacerá que forme parte de nuestra familia de cuidado de la salud.

Constituido en 1978, Whitman-Walker Health es un centro médico comunitario sin fines de lucro, centrado en eliminar las barreras al acceso a la atención médica en el área metropolitana de Washington, D.C. Whitman-Walker trabaja en proporcionar atención médica libre de estigma y servicios de apoyo a las comunidades gay, lesbiana, bisexual, transgénero y no binarias del gran Washington, así como a personas que viven con, o se ven afectadas por el VIH. A través de múltiples establecimientos en el distrito, Whitman-Walker atiende a 20.000 personas, a las que proporciona atención médica y dental, servicios de salud mental y para las adicciones, servicios legales, programación para jóvenes, y mucho más. Tratamos a todas las personas que atendemos con afirmación, dignidad y respeto.

Este paquete incluye lo siguiente:

- Inscripción del paciente
- Consentimientos y reconocimientos
- Reconocimiento de obligación financiera del paciente
- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente
- Aviso de prácticas de privacidad

Tal vez se esté preguntando por qué es importante que se tome el tiempo para completar nuestro formulario de inscripción. Veamos por qué:

- La información que nos brinda nos ayuda a conocer más sobre usted y atenderlo(a) mejor. Esta información incluye su nombre y pronombres de género preferidos.
- También nos ayuda a cumplir con los subsidios que solicitamos, los que nos permiten prestar servicios. Para seguir recibiendo financiación por medio de subsidios y brindarle atención asequible, necesitamos que responda a todas las preguntas del formulario, incluyendo información acerca de sus ingresos anuales, tamaño de la familia, y vivienda.

Esta información se incluirá en su ficha médica. Se mantendrá la confidencialidad de esta información. Está protegida por la ley al igual que su información médica.

Muchas gracias por escoger Whitman-Walker Health para sus necesidades de atención médica y por tomarse el tiempo para completar estos formularios. ¡Lo(a) valoramos!

Atentamente,

Dra. Sarah Henn
Directora Ejecutiva de Salud



Formulario de Registro del Paciente

¡Bienvenido(a) a Whitman-Walker Health! Nos alegra que haya elegido nuestros servicios para su atención médica. Para registrarse, llene este formulario. Varios de los puntos a continuación permiten asegurar nuestro cumplimiento con las necesidades de la población que atendemos; por lo tanto sea lo más exhaustivo(a) posible. Háganos saber si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar este formulario.

¿CÓMO PODEMOS AYUDARLE?

- Atención médica primaria
 - Atención médica para tratamiento de VIH/Alfombra roja
 - Pruebas de VIH
 - Pruebas de EV
 - Profilaxis pos exposición (PEP) *(Creo que fui expuesto(a) al VIH)*
 - Atención de reafirmación de género
 - Profilaxis pre exposición (PrEP)
 - Servicios para el tratamiento de abuso de sustancias
 - Grupos de apoyo
 - Dental
 - Servicios legales
 - Estética
- Servicios de bienestar disponibles para pacientes existentes elegibles:**
- Acupuntura
 - Educación sobre la diabetes
 - Terapia de masajes
 - Consultoría en salud mental
 - Nutrición
 - Reiki
 - Psiquiatría
 - Cesación del tabaquismo
 - Yoga

Nombre: _____		Inicial del segundo nombre: _____		Apellido: _____	
Me llaman (nombre): _____					
Fecha de nacimiento:	<i>Mes:</i> _____	<i>Día:</i> _____	<i>Año:</i> _____	Número de Seguro Social: _____-_____-_____	
Dirección: _____				Ap: N°: _____	Barrio de D.C.: _____
Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Su vivienda es: <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Temporal					
Número de teléfono:			Portal del Paciente:		
Número de celular: _____			<i>La manera más segura de comunicarse con nosotros es a través de nuestro portal del paciente. Por favor, muéstranos su identificación y proporcione su dirección de e-mail.</i>		
Número de casa: _____			Dirección de correo electrónico: _____		
Número del trabajo: _____					
Identidad de género:		Sexo asignado al nacer:		¿Se identifica como transgénero?	
<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Femenino		Pronombres de género:	
<input type="checkbox"/> Hombre transexual		<input type="checkbox"/> Intersexual		<input type="checkbox"/> Él	
<input type="checkbox"/> Mujer transexual		<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Ella	
<input type="checkbox"/> Género queer/No binario				<input type="checkbox"/> Ellos/Ellas	
<input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/> _____	
Orientación sexual:					
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual					
<input type="checkbox"/> Heterosexual					
<input type="checkbox"/> Bisexual					
<input type="checkbox"/> _____					
Ingresos anuales de la familia:		Etnicidad:		Raza:	
\$ _____		<input type="checkbox"/> No hispano/no latino		<input type="checkbox"/> Afroestadounidense/negro <i>(incluidos África y el Caribe)</i>	
Tamaño de la familia: _____		Hispano/Latino <i>(especificar)</i>		<input type="checkbox"/> Caucásico/blanco <i>(incluido el Medio Oriente)</i>	
<i>(incluya al cónyuge, hijos dependientes u otras personas que dependan de usted)</i>		<input type="checkbox"/> Mexicano		<input type="checkbox"/> Indígena americano o indígena de Alaska <i>(incluidos todos los pueblos originarios de las Américas)</i>	
<i>La ley federal exige que recopilemos información acerca de los ingresos de la familia y el tamaño de la familia de todos los pacientes para determinar los ingresos del paciente de acuerdo con el Nivel de Pobreza Federal.</i>		Mexicano estadounidense Chicano/a		Asiático <i>(favor especificar)</i>	
		<input type="checkbox"/> Puertorriqueño		<input type="checkbox"/> Indio asiático	
		<input type="checkbox"/> Cubano		<input type="checkbox"/> Chino	
		<input type="checkbox"/> Otro hispano Latino/a De origen español		<input type="checkbox"/> Filipino	
				<input type="checkbox"/> Japonés	
				<input type="checkbox"/> Coreano	
				<input type="checkbox"/> Vietnamita	
				<input type="checkbox"/> Otro asiático	
				Hawaiano nativo/isleño del Pacífico <i>(especificar)</i>	
				<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo	
				<input type="checkbox"/> Samoano	
				<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro	
				<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	



Formulario de Registro del Paciente (continuación)

Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Solicito servicios de traducción de idiomas.	Sordo o problemas auditivos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Preferencia: <input type="checkbox"/> Intérprete en persona <input type="checkbox"/> Intérprete remoto por video	¿Tiene directivas médicas anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí (por favor, traiga una copia para su registro médico de WWH) <input type="checkbox"/> No De lo contrario, ¿desea más información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Información de contacto de emergencia

Nombre:	Apellido:		Relación/Parentesco:	
Dirección:	Ap.:	Ciudad:	Estado:	C.P.:
Número de celular:		Número del trabajo:		
Número de casa:		Dirección de e-mail:		

Información de pago y seguro

PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO AL MOMENTO DE REGISTRARSE.

Está disponible en nuestro sitio web una lista de los seguros que aceptamos. Nuestro personal de registro también puede ayudarle.

¿Está asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Si no tiene seguro, debe reunirse con los Navegadores de Beneficios Públicos y Seguro. Usted podría ser elegible para seguro o nuestra escala móvil de tarifas para sus servicios. A fin de determinar su elegibilidad, usted debe proveer documentación de ingresos, tamaño de la familia y domicilio. Hasta que recibamos su documentación, usted será responsable de la tarifa completa por sus servicios.</i>	
Seguros que no aceptamos:	<i>Si no aceptamos su seguro O si tiene una HMO, le recomendamos que seleccione un proveedor que acepte un seguro. Si elige atenderse con nosotros, significará que se le cobrará la tarifa completa por su atención y que deberá pedirle reembolso a su aseguradora.</i>	
Información del seguro:	Compañía:	Número de identificación:
	Número de Grupo:	Número de contacto (al dorso de la tarjeta):
	¿A nombre de quién está su seguro? <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Otro	Si su seguro es privado/comercial: <input type="checkbox"/> Pagado por el empleador <input type="checkbox"/> Pagado por una persona física <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿La parte responsable es un paciente de Whitman-Walker? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información sobre seguro secundario:	Compañía:	Número de identificación:
	Número de contacto (al dorso de la tarjeta):	
Sexo/marcador de género en la compañía aseguradora:	WWH reconoce su identidad de género. Para fines de facturación al seguro ¿con qué sexo/marcador de género figura en su expediente en su compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Su nombre legal figura en su tarjeta del seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No; figura como _____
<input type="checkbox"/> Para pacientes VIH+: Entiendo que puedo ser elegible para ahorro en mi atención médica si incurro en cierto nivel de gastos de atención médica. Para obtener más información, llamará a la línea de Beneficios Públicos y Seguro al ☎ 202.745.6151.		

Reconocimiento de responsabilidad por el pago por servicios y asignación de beneficios

- Comprendo que soy responsable por todos los cargos y tarifas generados por la atención que reciba, excepto por lo que cubra un seguro que se acepte en WWH.
- Comprendo que el pago, incluyendo coseguro, copagos y pagos realizados por mí / pagos con escala móvil de tarifas, deberá pagarse en el momento en que se preste el servicio.
- Para clientes no asegurados o subasegurados: Comprendo que si hay cambios en mis ingresos, tamaño de mi familia o domicilio, proporcionaré documentación que compruebe dichos cambios a los Navegadores de Beneficios Públicos y Seguro. Los Navegantes reevaluarán mi elegibilidad para seguro en la escala móvil de tarifas y/o atención financiada por subsidio.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Entre el formulario completado a la Recepción; envíelo por fax al 202.332.1049; envíelo por correo a Client Services, 1377 R Street NW, Suite 200, Washington, DC 20009.

Consentimientos y reconocimientos

Para que sea nuestro paciente, necesitamos su consentimiento para brindarle atención. También necesitamos que reconozca que le hemos proporcionado información y documentos importantes. Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier parte de esta información o necesita ayuda para completar este formulario, no dude en contactar a un miembro de nuestro personal. Es importante para nosotros que se sienta cómodo(a) con toda esta información. Al firmar, usted está indicando que comprende la información, que se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y que está brindando su consentimiento.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Acepto voluntariamente recibir servicios de WWH, y autorizo a los proveedores de WWH a que me proporcionen la atención, el tratamiento o los servicios que consideren necesarios y recomendables para mi caso. Entiendo que debo participar en la planificación de mi atención y que tengo derecho a rechazar intervenciones, tratamiento, atención, servicios o medicamentos en cualquier momento en la medida en que la ley lo permita. Sé que la atención que recibiré puede incluir pruebas, inyecciones y otros medicamentos, etc., los cuales se basan en criterios médicos establecidos, pero no están libres de riesgos. Finalmente, sé que WWH tiene, en ocasiones, estudiantes/residentes que están recibiendo capacitación como médicos, enfermeros, terapeutas y otros proveedores de salud que pueden ayudar a brindarme atención. Estas personas están bajo la supervisión de proveedores habilitados. Comprendo que WWH se empeña en que yo participe en mi atención y que nadie puede brindarme atención en WWH, sin que acepte ser atendido(o), a no ser que exista una emergencia. En el caso de una emergencia, sé que alguien en WWH podrá ayudarme sin esperar mi consentimiento. Comprendo que algunos servicios exigen que firme otro Consentimiento para Tratamiento y que se podría pedir esto más adelante.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WWH y comprendo que la ley exige que WWH proteja mi información médica personal. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del Aviso de Prácticas de Privacidad de WWH y me siento cómodo(a) con las protecciones que me ofrece. Comprendo que hay veces en que la ley permite que mi información médica personal se comparta con personal o entidades fuera de WWH, incluyendo, entre otros, para fines de tratamiento, pago y operaciones, cuando la ley lo exija, y en conexión con el reporte obligatorio de ciertas enfermedades.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADO

WWH ofrece una amplia variedad de servicios a sus pacientes. Comprendo que, para que reciba la mejor atención para mis necesidades, los programas en WWH podrán compartir información acerca de mi salud para asegurar la calidad y continuidad de mi atención en todas las áreas de servicio. Por ejemplo, WWH puede compartir mi información demográfica, atención médica y remisiones a otros servicios, así como otra información no clínica con Servicios Legales de WWH para permitir las remisiones a servicios legales y para fines de programación. Los detalles de mis registros médicos sólo serán compartidos con abogados de WWH si estoy de acuerdo en que se ocupen de mi caso legal.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA Y PDMP

Comprendo que WWH participa en el Intercambio de Información Médica (HIE, por sus siglas en inglés) del Sistema de Información Regional para nuestros Pacientes de Chesapeake (CRISP, por sus siglas en inglés) y el HIE de Capital Partners in Care (CPC, por sus siglas en inglés). Estos HIE son una manera de compartir mi información médica entre consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros radiológicos y otros proveedores a través de medios electrónicos seguros. Se me ha informado que mi información médica, incluida información relacionada con los servicios de salud mental que recibo en WWH, será compartida con los HIE a fin de coordinar mejor mi atención y asistir a proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. WWH me ha informado que tengo derecho a optar por ser excluido(a) de los HIE en cualquier momento. Entiendo que puedo solicitar una copia del formulario de "exclusión" a WWH e indicarle a WWH que deshabilite el acceso a mi información médica, excepto en la medida en que la divulgación de dicha información esté permitida o exigida por ley.

Asimismo, reconozco que puede ser necesario que mi proveedor de Whitman-Walker Health obtenga información sobre mis medicamentos a través del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP, por sus siglas en inglés), como lo exige la ley estatal.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Se me ha entregado una copia del documento de Derechos y Responsabilidades de WWH y entiendo que tanto WWH como yo somos responsables de adherir a los Derechos y Responsabilidades. Comprendo que tengo derecho a presentar una queja o un agravio a WWH, como se indica en el sitio web de WWH y en el aviso de Comentarios del paciente colocado en los tableros de anuncios del centro médico. También comprendo que WWH tiene un Manual del paciente que contiene información para pacientes de WWH, y que incluye los servicios ofrecidos, los horarios de funcionamiento e información de contacto.

Consentimientos y reconocimientos (CONTINUACIÓN)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL REEMBOLSO

Sé que WWH necesita enviar partes de mi información médica personal a organizaciones que ayudan a pagar por la atención que recibo, tales como mi aseguradora o una organización que subvencione a WWH. Permito a WWH divulgar las partes relevantes de mis registros de modo que se pueda pagar por la atención que recibo. Si no me siento cómodo(a) con esto, entonces entiendo que puedo solicitar un mayor nivel de protección de la privacidad que se me ofrece bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés).

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. permite a los pacientes solicitar comunicaciones electrónicas con sus proveedores. Reconozco que el medio de comunicación con WWH más seguro es a través del portal del paciente. Cualquier otro método de comunicación electrónica presenta un mayor riesgo de violación de la privacidad debido a que las comunicaciones pueden ser interceptadas por terceros o transmitidas involuntariamente a otras partes. WWH hará lo posible por la limitar la información que incluya en comunicaciones electrónicas con mi persona. Sin embargo, comprendo que se me podría enviar electrónicamente información sobre mi atención médica (incluyendo citas, información de facturaciones, recetas y resultados de pruebas). Al firmar a continuación, elijo y acepto las comunicaciones electrónicas libremente. Si deseo discontinuar las comunicaciones electrónicas con WWH, puedo presentar un Formulario de Exclusión de Comunicaciones Electrónicas, disponible a partir de Servicios al Cliente o el sitio web de WWH.

RECONOCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE REEMBOLSAR A WWH POR SERVICIOS MÉDICOS

Entiendo que WWH ofrece una escala móvil de tarifas para artículos y servicios de atención médica con descuento o gratuitos para personas que se considere que no hacer frente al pago con base en su nivel de ingresos. Para ser elegible para la escala móvil de tarifas de WWH para artículos y servicios de atención médica con descuento o gratuitos, necesitaré proporcionar al equipo de Navegación de Beneficios de Salud Pública y Seguro la documentación que acredite que cumplo con los requisitos de elegibilidad de ingresos. Si no proporciono los documentos necesarios a WWH, seré responsable de pagar las tarifas integrales por servicios médicos, de salud comportamental o dentales recibidos en WWH, en el momento en que se brinde el servicio. Asimismo, comprendo que si soy un(a) paciente asegurado(a) y que mi seguro no es aceptado por WWH, o soy un(a) paciente asegurado(a) con obligación de copago que deja de pagar tarifas o copagos debidos en el momento del servicio, no se me programarán citas futuras hasta que se paguen las tarifas o los copagos pendientes.

Al firmar mi nombre a continuación, reconozco que he leído y que comprendo plenamente cada uno de los distintos párrafos anteriores.

Firma:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta: <small>(Si es distinto del paciente, indicar relación/parentesco)</small>	Fecha de nacimiento:

Reconocimiento de obligación financiera del paciente

PREÁMBULO

Whitman-Walker Health ("WWH") es un Centro de Salud con Calificación Federal ("FQHC" o "Centro de Salud") que está sujeto a la Sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública. La Sección 330 especifica que los Centros de Salud deben asegurar que no se le niegue servicios a ningún paciente debido a su incapacidad de pagar por dichos servicios. También exige que los Centros de Salud adopten políticas y procedimientos por escrito para maximizar las cobranzas y el reembolso por sus costos al proveer servicios de salud.

COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE POR:

- Contribuir al costo de mi atención y tratamiento como lo requiera mi cobertura de seguro de salud y basado en mi capacidad de pago;
- Proporcionar a WWH la información necesaria para recibir un reembolso por el tratamiento o los servicios que me brinde;
- Solicitar la consideración para tarifas con descuento bajo la escala móvil de tarifas de WWH basado en mi nivel de ingresos, y proporcionar la documentación de respaldo para comprobar la elegibilidad para tarifas con descuento que el equipo de Navegación de Beneficios Públicos y Seguro podría solicitar;
- Prestar asistencia a los Navegadores de Beneficios Públicos y Seguro con cualquier solicitud de seguro o beneficios públicos al que pudiera tener derecho;
- Pagar mi copago (si corresponde) al realizar mi registro de entrada para mi cita y pagar mi deducible o cualquier otra tarifa debida al concluir mi visita médica.
- Pagar integralmente mis tarifas de servicios médicos, de salud comportamental o dentales recibidos en WWH en el momento de la prestación del servicio, ya sea al llegar o antes de retirarme, según lo solicite WWH, si se me considera un paciente de autopago debido al hecho de que tengo una cobertura de seguro que WWH no acepta, pero he elegido seguir recibiendo atención en WWH.

Comprendo que si soy un paciente de autopago asegurado o un paciente asegurado con una obligación de copago que deja de pagar tarifas o copagos debidos en el momento del servicio, no se me programarán citas futuras hasta que se paguen mis tarifas o copagos pendientes. Si dejo de pagar mis tarifas o copagos pendientes en 30 días, WWH supondrá que estoy transfiriendo mi atención a otro proveedor. Si usted un problema de salud que requiera atención inmediata durante los próximos 30 días, puede comunicarse con WWH y su proveedor determinará si deberán verlo(a). Para evitar que se le agoten los medicamentos, se le dará una renovación de treinta (30) días, si fuera necesario.

Firma:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta: (Si es distinto del paciente, indicar relación/parentesco)	Fecha de nacimiento:

Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

COMO PACIENTE DE WWH, USTED TIENE DERECHO A:

OBTENER ACCESO A SERVICIOS de manera segura y respetuosa

- Recibir servicios en WWH, independientemente de su raza, color, religión, sexo, estado civil, orientación sexual, identidad o expresión de género, dominio del idioma inglés, origen nacional, edad, discapacidad, condición de veterano, o cualquier otra condición protegida por la ley.
- Ser tratado(a) con respeto y consideración por cada empleado, voluntario o pasante con el que interactúe en WWH.
- Sentirse libre de daños y libre de abuso verbal, físico o psicológico, intimidación u hostigamiento cuando esté en las instalaciones de WWH.

La PRIVACIDAD de su información médica personal

- Esperar que WWH cumpla con las leyes federales y estatales de privacidad al usar o divulgar información sobre usted o sobre el cuidado de la salud y servicios relacionados que recibe en WWH.
- Recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WWH cuando se registra como paciente nuevo(a), de modo que esté totalmente informado(a) acerca de sus derechos de privacidad.
- Participación activa en su atención en curso
- Ayudar a los proveedores y personal de WWH a desarrollar un plan para el tratamiento y los servicios que recibe en WWH.
- Proporcionar (o denegar) su consentimiento para el tratamiento voluntario, incluyendo su participación en la investigación clínica, y estar informado acerca de las consecuencias de rechazar cualquier tratamiento o servicio.
- Proporcionar a los funcionarios de WWH opiniones positivas o negativas sobre su atención, expresar sus inquietudes o quejas sobre el Centro Médico.

INFORMACIÓN oportuna sobre su atención

- Recibir información completa sobre su diagnóstico y el plan de tratamiento o servicios, en términos simples que comprenda.
- Obtener una copia de sus registros médicos a su solicitud, salvo que la ley permita a WWH retener dichos registros.
- Recibir una explicación de los costos asociados a su atención en WWH.
- Obtener ayuda con remisiones a otros proveedores.

SERVICIOS DE ALTA CALIDAD de nuestro centro médico

- Recibir tratamiento y servicios de salud coordinados, compatibles con las normas profesionales.
- Recibir servicios de proveedores de WWH habilitados y con credenciales.
- Solicitar a WWH que brinde asistencia auditiva, idiomática, para casos de analfabetismo, u otra ayuda de comunicación requerida por ley.
- Recibir servicios y atención en el ambiente lo menos restrictivo posible, libre de cualquier tipo de contención química o física.

COMO PACIENTE DE WWH, USTED ES RESPONSABLE POR:

SUS INTERACCIONES PERSONALES con nuestro equipo del centro médico

- Tratar a los empleados, voluntarios, aprendices, contratistas, otros pacientes e invitados de WWH con respeto en todo momento.
- No realizar comentarios amenazadores u ofensivos en las instalaciones de WWH.
- No realizar ningún acto de violencia física u otro comportamiento amenazador o inapropiado en las instalaciones de WWH, lo que incluye traer un arma de cualquier tipo a las instalaciones.
- No distribuir o consumir alcohol o drogas en la propiedad de WWH ni ingresar a instalaciones o programas de WWH bajo la influencia de alcohol o drogas ilícitas.

PARTICIPACIÓN ACTIVA en su atención

- Tener participación activa en su plan de tratamiento o servicios en WWH y mantenerse en contacto con sus proveedores acerca de su tratamiento.
- Solicitar cualquier asistencia auditiva, idiomática, asociada al analfabetismo, o cualquier otra ayuda de comunicación que pueda necesitar al menos 48 horas antes de su visita.
- Llegar a sus citas al menos 15 minutos antes del horario programado y notificar con antelación siempre que sea necesario cancelar una cita en WWH.
- Pagar el costo de su atención que la ley o el plan de salud en el que participa exigen que pague.

COMPARTIR INFORMACIÓN de manera oportuna

- Proporcionar a WWH información completa, precisa y veraz en todo momento.

La Política de Derechos y Responsabilidades del Paciente de WWH otorga a WWH libertad de acción para establecer límites en la capacidad de un paciente de recibir tratamiento o servicios en WWH con base en el incumplimiento de un paciente de sus Responsabilidades o debido a cualquier otro motivo permitido por la ley. Asimismo, cualquier paciente de WWH tiene la libertad de decidir no recibir más tratamiento o servicios en WWH con base en el incumplimiento de WWH de los Derechos del paciente establecidos en esta Declaración o debido a cualquier otro motivo.

Si usted considera que se han violado sus derechos como paciente de Whitman-Walker Health...
póngase en contacto con nuestro Departamento de Cumplimiento llamando al ☎ 202.745.7000.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo Whitman-Walker Health (WWH) puede utilizar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su registro médico electrónica o en papel
- Corregir su registro médico electrónico o en papel
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información sobre usted que compartimos
- Obtener una lista de las personas/entidades con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad
- Elegir a alguien para que actúe como su representante personal para fines de su información médica
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

SUS OPCIONES

Usted tiene algunas opciones en la manera en que utilizamos y compartimos información al:

- Informar a familiares y amigos sobre su salud
- Proveer asistencia para desastres
- Proveer atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podremos utilizar y compartir su información al:

- Brindarle tratamiento
- Realizar operaciones de nuestra organización
- Facturar por sus servicios
- Ayuda con problemas de salud y seguridad públicas
- Realizar investigación
- Cumplir la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico legista o director funerario
- Atender a solicitudes de compensación del trabajador, de las fuerzas del orden público y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

A continuación, se brinda una descripción más detallada de sus derechos, sus opciones y nuestros usos y divulgaciones de su información médica:

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos en lo que se refiere a su información médica. Esta sección de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades bajo la ley.

Obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico.

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico u otra información médica que tengamos sobre usted.
- Le brindaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente en el plazo de 30 días de su solicitud. Podremos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- Usted puede pedirnos que corriamos información médica sobre usted que usted piense que es incorrecta o incompleta.

Pedirnos que realicemos una enmienda a su registro médico

Podremos negarnos a cumplir con su solicitud, pero le diremos por qué por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Realizar una solicitud razonable de que se lo(a) contacte de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que enviemos correspondencia a otra dirección.

Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Usted puede pedirnos que no utilizemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No tenemos obligación de aceptar su solicitud, y podremos negarnos si afectaría su atención.
- Si usted paga por un servicio o artículo médico integralmente de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos dicha información para fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Responderemos afirmativamente a su solicitud, salvo que una ley nos exija compartir dicha información.

Obtener una lista de las personas/entidades con quienes hemos compartido información

- Puede pedir una lista de las veces en que hemos compartido su información médica durante seis años anteriores a la fecha de su pedido, con quién se compartió y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las que son sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (tal como cualquiera que usted nos haya pedido que realizáramos). Le proveeremos una lista por año sin cargo, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si usted pide otra en el plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad

- Puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir el Aviso electrónicamente, y nosotros le proveeremos una copia en papel prontamente.

Elegir a alguien que actúe por usted

- Si alguien le ha dado a alguien un poder médico o si existe un tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y realizar elecciones sobre su información médica.
- Nuestro Departamento de Servicios Legales puede ayudarle con la preparación de un documento de poder médico que faculta a otra persona a actuar en su nombre.

Presentar una queja si siente que sus derechos son violados

- Usted puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos, contactando al Director de Privacidad de Whitman Walker al 202.745.7000.
- Usted puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, SW., Washington, D.C. 20201, llamando al 1.877.696.6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información médica, usted puede informarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia para cómo compartimos su información en las situaciones a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que desea hacer, y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participen en su atención
- Compartamos información en una situación de asistencia para desastres

Si usted no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podremos compartir su información cuando fuera necesario para minimizar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, generalmente no compartimos su información sin su permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de los casos en los que se comparten notas psicoterapéuticas

Aviso de prácticas de privacidad (CONTINUACIÓN)

En el caso de recaudación de fondos:

- Podremos contactarlo(a) para iniciativas de recaudación de fondos; sin embargo, usted puede decirnos que no lo(a) volvamos a contactar.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN SOBRE USTED

¿Cómo utilizamos o compartimos típicamente su información médica?

Típicamente, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Para tratarlo(a)

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo(a) estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo(a) esté tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Para las operaciones de nuestra organización

Podremos utilizar y compartir su información médica para las operaciones de nuestro centro médico, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando fuera necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para mejorar la calidad de la atención que le brindamos a usted y a otros.

A fin de facturar por sus servicios

Podremos utilizar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Podremos brindar información sobre usted a su plan de seguro de salud para recibir el pago por los servicios que usted reciba en el centro médico.

¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS UTILIZAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras—en general, de maneras que contribuyan al bien público, tal como la salud pública e investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Si desea obtener más información puede dirigirse a: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y seguridad públicas

Podremos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos del mercado
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Realizar investigación

Podemos utilizar o compartir su información para investigación médica.

Cumplir la ley

Compartiremos información sobre usted si leyes estatales o federales lo exigen, incluido con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si el mismo desea comprobar que estemos cumpliendo la ley de privacidad federal.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico legista o director funerario

Podemos compartir información médica sobre un paciente fallecido con un médico forense, médico legista o director funerario.

Atender a solicitudes de compensación del trabajador, de las fuerzas del orden público y otras solicitudes gubernamentales.

Podremos utilizar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamos de compensación del trabajador

- Para fines de las fuerzas del orden público o con un agente de las fuerzas del orden público
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios de las fuerzas armadas, seguridad nacional y protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le avisaremos por escrito si ocurre alguna violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos respetar los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este Aviso y darle una copia del mismo.
- No utilizaremos o compartiremos su información de otra manera no indicada en este aviso, a no ser que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de parecer.
- No compartimos registros asociados a su participación en un programa de abuso de sustancias de WWH o sus registros de salud mental con proveedores externos a WWH sin su autorización por escrito.

La fecha efectiva de este Aviso es el 14 de abril del 2003 y la actualización más reciente del Aviso fue el martes, 24 de septiembre de 2019. Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios corresponderán para toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

WWH participa en el Intercambio de Información Médica (HIE, por sus siglas en inglés) del Sistema de Información Regional para nuestros Pacientes de Chesapeake (CRISP, por sus siglas en inglés) y el Intercambio de Información Médica de Capital Partners in Care (CPC, por sus siglas en inglés). Estos intercambios de información médica (HIE) son una manera de compartir su información médica entre consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros radiológicos y otros proveedores a través de medios electrónicos seguros. De acuerdo a lo permitido por la Ley de Enmienda de Información de Salud Mental de DC de 2018, su información de salud mental será compartida con los HIE de CPC y CRISP para permitir un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y conocimientos optimizados para los proveedores. Si usted no desea que se comparta su información de salud mental entre nuestros proveedores, usted tiene derecho a optar por ser excluido(a) de los HIE en cualquier momento completando un Formulario de exclusión (Opt-Out Form) disponible en la Recepción. Sin embargo, tenga en cuenta que no es posible compartir una parte, en lugar de toda, su información médica y de salud mental. Si usted opta por ser excluido(a) de uno o ambos HIE, ninguna parte de su información médica será compartida con ese HIE para la coordinación de su atención y tratamiento. También podría ser necesario que su proveedor de Whitman-Walker Health obtenga información sobre sus medicamentos a través del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP, por sus siglas en inglés), como lo exige la ley estatal.

El acuse de recibo de este Aviso de Prácticas de Privacidad se proporciona mediante su firma en nuestro Formulario de Consentimiento Informado que se escanea e incluye en su historia clínica electrónica.