



# WHITMAN-WALKER HEALTH

Dirección postal:  
**Whitman-Walker Health**  
1525 14<sup>th</sup> St. NW  
Washington, DC 20005

## **¡Bienvenido(a) a Whitman-Walker Health! Nos complace 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  
*Director Ejecutivo de Salud*



**Formulario de autocertificación y registro del paciente**

<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>inicial del segundo nombre</b>
<b>yo paso por (nombre)</b>	<b>Pronombres: elija todos los que correspondan</b> <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellas/Ellos <input type="checkbox"/> Ze <input type="checkbox"/> Otra/Otro:	
<b>Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)</b>	<b>Seguridad Social #</b>	

<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>es tu Vivienda</b> <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Temporaria/o	<b>DC Pabellón _____</b> <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> No es residente de DC		
<b>Dirección de correo electrónico</b> que se utiliza para crear su Portal del paciente. Tenga en cuenta que su nombre y su nombre aparecerán en el Portal del paciente.			
<b>Célula #</b>	<b>Hogar #</b>		
<b>nombre del contacto de emergencia</b>	<b>Teléfono #</b>	<b>Relación contigo</b>	
Whitman-Walker Health enviará correspondencia a través del portal del paciente, mensajes de texto, correo electrónico y el correo postal de EE. UU. Los estados de cuenta se envían primero por mensaje de texto y correo electrónico, y por último a su dirección postal. Tenga en cuenta que su nombre y nombre preferido aparecerán en los estados de cuenta enviados por correo a su dirección y en el portal del paciente.			

<b>¿Tienes seguro?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<i>Si no tiene seguro, debe reunirse con los navegadores de seguros y beneficios públicos. Puede ser elegible para un seguro o nuestro programa de tarifas móviles para sus servicios. Para determinar su elegibilidad, debe proporcionar documentación sobre ingresos, tamaño de la familia y residencia. Hasta que recibamos su documentación, usted será responsable de la tarifa completa de sus servicios.</i>		
<b>Seguros que no aceptamos</b>	<i>Si no aceptamos su seguro, le recomendamos que seleccione un proveedor que acepte su seguro. Elegir recibir su atención con nosotros significará que se le cobrará la tarifa total de su atención y buscará el reembolso de su aseguradora.</i>		
<b>#1 Nombre de la compañía de seguros</b>	<b>Abonado #</b> <input type="checkbox"/> Pagado por el empleador <input type="checkbox"/> Individual pagada/o	<b>Grupo #</b>	<b>Número de contacto en el reverso de la tarjeta</b>
<b>#2 Nombre de la compañía de seguros</b>	<b>Abonado #</b> <input type="checkbox"/> Pagado por el empleador <input type="checkbox"/> Individual pagada/o	<b>Grupo #</b>	<b>Número de contacto en el reverso de la tarjeta</b>

	¿La parte responsable es un paciente de Whitman-Walker? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>WWH reconoce varios géneros/sexos; estamos continuamente tratando de mejorar nuestros propios sistemas y los sistemas con los que interactuamos. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que figuran en su seguro y tarjetas de identificación se utilizarán en documentos relacionados con el seguro, facturación, referencias, registros, portal del paciente y correspondencia. Pedimos disculpas por los desafíos que esto pueda causar. Si desea asistencia o información sobre cómo actualizar sus documentos de identidad, comuníquese con los Servicios Legales de WWH al 202-939-7630. <b>¿Qué marcador de sexo/género está registrado en su compañía de seguros?</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Para pacientes VIH+:</b> entiendo que puedo ser elegible para ahorros en mi atención médica si incurro en un cierto nivel de gastos de atención médica. Entiendo que la información sobre los ingresos y el tamaño de la familia puede usarse para calcular la elegibilidad para Ryan White. Para más información, llamaré a la línea de Seguros y Beneficios Públicos al 202.745-6151.</p>	

Esta información es solo para fines demográficos y no afectará su atención.

<p><b>¿Cuál es tu ingreso anual?</b></p> <p>\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sin ingresos</p> <p><b>¿A cuántas personas (incluyéndote a ti) sustentan tus ingresos?</b> (Ingrese al menos 1)</p> <p>_____</p>	<p><b>Grupo(s) racial(es)</b> (marque todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Afroamericano/negro</b> (incluidos África y el Caribe)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Indio americano o nativo de Alaska</b> (incluidos todos los pueblos originarios de las Américas)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Asiática/o</b> (por favor especifique)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> India/o asiática/o</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> China/o</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Filipina/o</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Japonesa/ Japonés</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Coreana/o</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otro asiático</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Nativa hawaiana/o _ isleña/o del Pacífico</b> (por favor especifique)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Samoana/o</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otra/o isleña/o del pacífico</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Blanca/o</p>
<p><b>Orientación Sexual</b></p> <p><input type="checkbox"/> lesbiana o gay</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual o Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><input type="checkbox"/> Elige no revelar</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más: _____</p>	<p><b>Etnicidad</b></p> <p><input type="checkbox"/> No hispana/o _ no Latina/0</p> <p><input type="checkbox"/> Hispana/o _ Latina/o (por favor especifique)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Cubana/o</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Puertorriqueña/o</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otra hispana/o, latina/0, origen español</p>
<p><b>¿Cómo describe su género?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer trans o trans femenina</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre trans o trans masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Género queer/No binario/no exclusivamente masculino o femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Elige no revelar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro genero: _____</p>	<p><b>Idioma preferido (elija uno)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Inglés/ Inglés</p> <p><input type="checkbox"/> Española/ Español</p> <p><input type="checkbox"/> Amárico</p> <p><input type="checkbox"/> Otra/o: _____</p> <p>¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es sordo o tiene dificultades auditivas, ¿solicita:</p> <p><input type="checkbox"/> Intérprete de ASL en vivo <input type="checkbox"/> Intérprete en vivo de ESL</p>

## Formulario de autocertificación y registro del paciente

	<input type="checkbox"/> Intérprete remoto de video ASL <input type="checkbox"/> Intérprete remoto de video ESL
<b>Sexo asignado al nacer</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	<b>¿Te identificas como trans o de experiencia transgénero?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Doy fe de que la información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Actualizaré WWH si algo cambia.</b>	
Firma _____	Fecha _____



# 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. Permiso 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.**

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



## **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS, DENTALES Y DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO**

### **A TRAVÉS DE TELESALUD**

Este formulario le brinda datos acerca de los servicios de telesalud y sus riesgos.

Al firmar este formulario, o aceptar sus términos verbalmente, usted acepta recibir tratamiento y servicios vía telesalud por parte de un proveedor médico, dental o de la salud del comportamiento de Whitman-Walker Health, y certifica que comprende y acepta lo siguiente:

- Usted participará en una visita médica, dental o de la salud del comportamiento vía telesalud en un lugar distinto al lugar donde está ubicado su proveedor de Whitman-Walker Health, lo que podría limitar la capacidad de su proveedor para proporcionar atención médica. Por ejemplo, su proveedor no podrá llevar a cabo un examen físico en persona y no podrá proporcionar servicios médicos de emergencia durante una visita de telesalud.
- Es la función de su proveedor determinar si la afección que se le está diagnosticando o por la que se lo(a) está tratando es apta para una visita de telesalud.
- Usted o su proveedor podrían requerir un examen en persona antes o después de diagnosticar o recetar un plan de tratamiento.
- Si usted presenta una emergencia médica o de salud mental, entiende que se le pedirá que llame de inmediato al 911 o se dirija a la sala de emergencias más cercana.
- Esta visita de telesalud y futuras sesiones de telesalud se realizarán con el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas interactivas, de dos vías y en tiempo real. Whitman-Walker Health ha tomado medidas para proteger la seguridad de la información divulgada durante la sesión, pero no se garantizan la seguridad y privacidad de Internet. Usted entiende que (1) los protocolos de seguridad podrían fallar, posiblemente causando la violación de su información de salud protegida, (2) la información que usted transmita a través de la tecnología de telesalud puede ser insuficiente para permitir que su proveedor tome decisiones médicas apropiadas (por ejemplo, una resolución de imágenes deficiente); o (3) fallas de equipos (por ejemplo, servidores, dispositivos) o de infraestructura (por ejemplo, líneas de comunicaciones, suministro de energía) pueden causar retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos, o pérdida de información, y usted acepta eximir a Whitman-Walker Health de responsabilidad por cualquier pérdida de información médica protegida que se produzca debido a una falla tecnológica.
- Whitman-Walker Health deberá obtener de usted un historial médico y de salud mental, su(s) afección/afecciones y la descripción de su atención médica o de salud mental actual o previa durante las sesiones de telesalud para permitir mejor el diagnóstico, la terapia, el seguimiento y/o la educación.
- Su proveedor podrá permitir la participación de otro personal médico en su visita de telesalud y usted está de acuerdo con la participación del personal médico. Usted tiene derecho, en cualquier momento, a solicitar que el personal médico abandone la visita de telesalud.

- Si usted permite que otra persona participe en su visita de telesalud (por ejemplo, un familiar, un cuidador), usted presta su consentimiento para su participación.
- Whitman-Walker Health podrá compartir con terceros su información identificable reunida en visitas de telesalud, salvo que lo prohíba la ley. Whitman-Walker Health podrá solicitar por separado su consentimiento para compartir con terceros información identificable reunida en sus visitas de telesalud, según sea necesario.
- La telesalud presenta posibles riesgos, tales como interrupciones tecnológicas, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Su proveedor obtendrá o confirmará su información de contacto a fin de comunicarse con usted si surgiera un problema técnico.
- Usted o su proveedor pueden interrumpir cualquier visita de telesalud si sienten que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
- La visita de telesalud es elección suya. Aunque usted haya prestado su acuerdo para la sesión, puede cambiar de parecer sobre participar en esta sesión de telesalud o futuras sesiones. Usted tiene derecho a retirar su consentimiento.

**AL FIRMAR SU NOMBRE A CONTINUACIÓN, USTED ACEPTA QUE HA LEÍDO (O LE HAN LEÍDO), Y COMPRENDE, CADA UNO DE LOS DISTINTOS PÁRRAFOS ANTERIORES, USTED HA TENIDO LA OPORTUNIDAD DE FORMULAR A UN MIEMBRO DEL PERSONAL DEL WHITMAN-WALKER HEALTH CUALQUIER PREGUNTA QUE PUDIERA TENER, Y PRESTA SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LOS SERVICIOS DE TELESALUD PROPORCIONADOS A USTED POR WHITMAN-WALKER HEALTH.**

Este consentimiento perdura mientras continúen los servicios de telesalud, a no ser que ejerza su derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento.

Si no puede colocar una firma manuscrita o una firma electrónica en este Consentimiento y devolverlo a Whitman-Walker Health, usted informará verbalmente a Whitman-Walker Health que ha examinado este formulario y proporcionará su consentimiento verbal. Whitman-Walker Health documentará su consentimiento a los servicios de telesalud en su registro médico electrónico.

\_\_\_\_\_ **PROPORCIONADO POR ORDEN JUDICIAL, SI CORRESPONDE** (copia adjunta)

Iniciales del proveedor médico para verificar que se adjunta una copia

<b>Nombre del Paciente, en letra de imprenta:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Firma:</b> <i>(Si corresponde)</i>	<b>Fecha:</b>
<b>Ubicación del paciente para las visitas de telesalud (indique el estado):</b>	
<b>Nombre del Padre, la Madre/el Tutor Legal (si corresponde), en letra de imprenta:</b>	
<b>Relación/parentesco con el paciente:</b>	
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>

# 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.

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

# 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.

## I. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

WWH está comprometida a proteger la privacidad de la información médica que creemos u obtengamos de usted. Este Aviso le informa las maneras en las que podemos usar y divulgar su información médica y describe tanto sus derechos como sus obligaciones respecto de ese uso y divulgación.

La ley nos exige que nos aseguremos de que su información médica esté protegida, que le demos este Aviso con la descripción de nuestra obligación legal de proteger su privacidad y de cumplir con los términos del Aviso que actualmente se encuentra en vigencia. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este Aviso y hacer nuevo Aviso que se aplique a toda información médica que mantengamos.

## II. A QUIÉN SE APLICA ESTE AVISO

Este Aviso se aplica a WWH, que está conformada por sus instalaciones, departamentos, clínicas y cualquier otra entidad de WWH que se considere una Entidad cubierta según la definición de la HIPAA; todos los médicos, dentistas, otros profesionales con licencia, empleados, voluntarios y pasantes de WWH. No obstante, este Aviso no se aplica a ningún proveedor de WWH respecto de sus consultorios privados.

## III. SUS DERECHOS RESPECTO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos respecto de su información médica:

### **Derecho a inspeccionar y copiar su información médica.**

Con determinadas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar y/o recibir una copia de sus registros médicos y de facturación, o cualesquiera de los otros registros que nosotros usemos para tomar decisiones sobre su atención. Usted puede solicitar que enviemos una copia de su información médica a un tercero.

Para inspeccionar y/o recibir una copia de sus registros médicos, requerimos que presente su solicitud por escrito a su proveedor de atención médica de WWH o al Departamento de Registros Médicos de WWH. Si solicita una copia de sus registros médicos, podemos cobrarle una tarifa razonable según los gastos por el costo de entregarle copias. En algunos casos, los registros médicos se pueden entregar sin cargo. Sin embargo, en determinadas circunstancias,

podemos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar sus registros. Si denegamos su solicitud, le explicaremos los motivos y, en la mayoría de los casos, usted puede solicitar una revisión de la denegación.

**Generalmente, usted puede acceder fácilmente y sin demora a gran parte de su información médica electrónica usando el portal del paciente de WWH. Hay información disponible sobre el portal del paciente en [WWW.Whitman-Walker.org/patient-login](http://WWW.Whitman-Walker.org/patient-login).**

### **Derecho a solicitar una enmienda**

Si usted considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que corriamos la información en sus registros médicos y de facturación mientras la información sea conservada por WWH o en su nombre. Para solicitar una enmienda, presente su solicitud por escrito al Director de Privacidad de WWH e indique el motivo de la solicitud. Si aceptamos su solicitud, enmendaremos su(s) registro(s) y se lo notificaremos. En determinadas circunstancias, no podemos eliminar lo que estaba en el/los registro(s), pero podemos añadir información complementaria como aclaración. Si le denegamos su solicitud de enmienda, le daremos una explicación por escrito del motivo por el cual le fue denegada y le explicaremos sus derechos.

### **Su derecho a solicitar restricciones**

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación respecto de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones. Asimismo, tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a una persona involucrada en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con su solicitud salvo que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o que la ley nos exija que la divulguemos.

Sin embargo, no tenemos la obligación de aceptar su solicitud, salvo en el caso de que la solicitud sea a un plan médico con la finalidad de realizar un pago o por operaciones médicas del plan de salud y la información se relacione únicamente con un ítem o servicio de atención médica por el que hayamos recibido un pago completo "de su bolsillo".

Para solicitar una restricción, usted debe realizar la solicitud por escrito al Director de Privacidad de WWH (dirección y número indicados a continuación) e indicarnos: (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos; y (3) a quién(es) desea que se apliquen los límites. Tenemos permitido poner fin a la restricción siempre y cuando se lo informemos. Si ponemos fin a la restricción, solo afectará la información médica que se cree o reciba después de que se lo notifiquemos.

### **Derecho a un informe de las divulgaciones**

Usted puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos divulgado su información médica.

Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las que son sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (tal como cualquiera que usted nos haya pedido que realicemos). 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.

Para solicitar un informe de las divulgaciones, usted debe realizar la solicitud por escrito al Director de Privacidad de WWH (dirección y número indicados a continuación). Le pedimos que indique el período por el que desea recibir el

informe, que no puede ser superior a seis años y que no puede remontarse a más de seis años de la fecha de su solicitud.

#### **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso**

Puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir el Aviso electrónicamente. Hay copias de este Aviso disponibles en centros de WWH, a través del Director de Privacidad de WWH (la dirección y el número se indican a continuación) y en el sitio web de WWH en [Whitman-walker.org/hipaa](http://Whitman-walker.org/hipaa).

#### **Derecho a elegir a alguien que actúe por usted**

Si le ha dado a alguien un poder médico o si usted tiene 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 si no tiene uno, que faculta a otra persona a actuar en su nombre.

#### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto de asuntos médicos de cierta manera o a ciertos lugares. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted solo en su casa o solo por correo electrónico. Si desea que nos comuniquemos con usted de una manera específica, deberá darnos detalles específicos respecto de cómo quiere que lo(a) contactemos, que incluyen una dirección alternativa válida. No le pediremos el motivo de su solicitud y aceptaremos todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no nos podemos comunicar con usted usando los modos o direcciones que usted solicitó, podemos contactarlo(a) usando la información que tenemos.

### **IV. NUESTRA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN**

Las siguientes secciones describirán diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información médica. No se indicarán todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, todas las maneras en las que tenemos permitido usar o divulgar información entrarán dentro de una de estas categorías.

#### **Para tratarlo(a)**

Podemos usar o divulgar información médica sobre usted para brindarle tratamiento médico o servicios de atención médica. Podemos divulgar información sobre usted a proveedores de atención médica involucrados en su atención. Por ejemplo, es posible que un médico necesite revisar su historial médico antes de tratarlo(a). Podemos compartir información médica sobre usted con otros proveedores de atención médica, agencias o centros que no estén afiliados con WWH para brindar o coordinar las diferentes cosas que usted necesite, como recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías. Podemos comunicarnos con usted para realizar recordatorios de citas médicas, dar información de registro del paciente, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud que le pueden interesar, o para realizar un seguimiento de su atención.

#### **Para las operaciones de nuestra organización**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para nuestras operaciones de atención médica, que son diversas actividades necesarias para operar el negocio de WWH, ofrecer servicios médicos de calidad y comunicarnos con usted cuando resulte necesario. Por ejemplo, podemos compartir su información médica para coordinar su atención, evaluar el desempeño de nuestros proveedores en su atención y para actividades de mejora de calidad.

Podemos divulgar su información médica a estudiantes y pasantes de medicina, enfermería u otras áreas para tareas de revisión y aprendizaje.

#### **A fin de facturar por sus servicios**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para actividades de facturación y pago. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para que WWH obtenga un pago de usted, una aseguradora u otro tercero. Asimismo, podemos informar a su aseguradora sobre un tratamiento que usted necesita para obtener una preaprobación o verificar si su aseguradora pagará el tratamiento.

#### **Intercambio de Información Médica**

Los intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) son una manera de compartir su información médica entre consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros radiológicos y otros proveedores a través de medios electrónicos seguros. WWH participa en el Intercambio de Información Médica (HIE) 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). De acuerdo a lo permitido por la Ley de Enmienda de Información de Salud Mental de DC de 2018, su información de salud mental, junto con su información de salud física, 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 física y mental entre nuestros proveedores, 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 de WWH. Sin embargo, tenga en cuenta que no es posible compartir una parte de su información médica y de salud mental en vez de toda. Si usted opta por ser excluido(a) de uno o ambos HIE, ninguna parte de su información médica, sea física o mental, será compartida con ese HIE para la coordinación de su atención y tratamiento. Además, podría ser necesario que su proveedor de WWH 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.

#### **Asociados comerciales**

Podemos compartir información a terceros denominados “asociados comerciales” que ofrecen servicios de nuestra parte, que incluyen cosas como soporte de software y otro soporte de TI, navegadores de pacientes y servicios legales y otros servicios profesionales. Requerimos que nuestros asociados comerciales firmen un acuerdo que los obliga a proteger su información y usarla solamente con los fines por los que los contratamos.

#### **Recaudación de fondos**

Si bien la HIPAA nos permite comunicarnos con usted para recaudar fondos o brindar información sobre actividades patrocinadas por Whitman-Walker, generalmente no lo hacemos. Si desea obtener más información sobre cómo puede apoyar a WWH, le pedimos que se comunique con Charles Hastings escribiendo a [CHastings@Whitman-Walker.org](mailto:CHastings@Whitman-Walker.org). Asimismo, si desea indicar que no quiere recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos de nuestra parte, comuníquese con Charles Hastings.

#### **Personas que participan en la atención o en el pago de la atención**

A menos que usted nos indique lo contrario, podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada en su atención médica, como un amigo, familiar o cualquier persona que usted indique. Además, podemos darle su información a alguien que ayuda a pagar su atención. Si usted no es capaz de indicarnos qué prefiere, por ejemplo, si no está presente o está inconsciente, podemos compartir su información médica que sea directamente relevante con la participación de esa persona en su atención si consideramos que es lo mejor para usted. Además, podemos divulgar información sobre usted a su representante legal.

## **Investigación**

Podemos usar y divulgar su información con determinadas finalidades de investigación en cumplimiento con los requisitos de las leyes aplicables. No obstante, todas las investigaciones están sujetas a un proceso de aprobación especial, que establece protocolos para garantizar que su información se siga protegiendo. Cuando sea necesario, obtendremos una autorización escrita de su parte antes de usar su información para investigación.

## **Cuando lo exija la ley**

Divulgaremos información médica sobre usted cuando las leyes federales, del Distrito de Columbia y/o estatales lo exijan. Esto incluye, entre otras cosas, divulgaciones a registros obligatorios de pacientes, que incluyen el informe de episodios adversos con dispositivos médicos, alimentos o medicamentos bajo receta a la Administración de Alimentos y Medicamentos.

## **Actividades de supervisión**

Podemos divulgar información médica a agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir actividades de otorgamiento de licencias y otras actividades por parte de agencias gubernamentales, de otorgamiento de licencias, auditorías y acreditación según lo autorizado o exigido por ley.

## **Actividades de salud pública**

Es posible que divulguemos su información médica para actividades de salud pública, que incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar nacimientos y fallecimientos; informar casos de abuso o abandono infantil o violencia doméstica; o notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o afección.

## **Demandas y otras acciones legales**

Es posible que divulguemos información médica sobre usted a tribunales, abogados, empleados de tribunales y otras personas cuando recibamos una orden judicial, citación, pedido de exhibición de pruebas, órdenes judiciales, órdenes de comparecencia y otras instrucciones legales. Además, podemos divulgar información sobre usted a abogados de WWH y/o abogados que trabajan de parte de WWH para defendernos contra una demanda u otra acción judicial.

## **Fines de las fuerzas del orden público/ agentes de las fuerzas del orden público.**

Podemos divulgar su información médica a la policía u otros agentes de las fuerzas del orden público para denunciar o prevenir un delito o como lo requiera o permita la ley.

## **Utilización o divulgación en situaciones especiales**

Es posible que usemos o divulguemos su información médica en las siguientes situaciones especiales:

- **Amenazas graves a la salud o la seguridad**  
Podremos utilizar y divulgar información médica sobre usted para ayudar a evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos**  
Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones que gestionan la obtención de órganos, el trasplante de ojos o tejidos o con un banco de donación de órganos según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de empresas funerarias**  
Podemos compartir información médica sobre un paciente fallecido con un médico forense, médico legista o director funerario según sea necesario para que lleve a cabo su trabajo.
- **Tareas de asistencia para desastres**

Podremos divulgar información médica acerca de usted a una organización que preste asistencia en un desastre para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estado y ubicación.

- **Reclamaciones de indemnización laboral.** Podemos divulgar información médica sobre usted por reclamaciones de indemnización laboral o programas similares según lo autorizado o exigido por ley.
- **Servicios de protección presidencial.** Podemos divulgar información médica acerca de usted a funcionarios federales autorizados para que puedan realizar investigaciones especiales o brindar protección al Presidente de los Estados Unidos, otras personas autorizadas o líderes de países extranjeros según lo autorizado por ley.
- **Fuerzas armadas.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nacionales (Estados Unidos) o extranjeras, podemos divulgar información médica sobre usted a las autoridades militares según lo autorizado o exigido por ley.
- **Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional según lo exigido por ley.

- **Presos**

Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de agentes de las fuerzas del orden público, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional o agentes de las fuerzas del orden público según lo autorizado o exigido por ley.

## V. UTILIZACIONES/DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

**Fines de marketing.** Generalmente no compartimos su información con fines de marketing a menos que nos dé permiso para hacerlo.

**Venta de su información.** Debemos obtener su permiso por escrito para vender o recibir cualquier cosa de valor a cambio de su información médica, con algunas excepciones limitadas.

**Notas de psicoterapia.** Debemos obtener su permiso por escrito para divulgar notas de psicoterapia, salvo en determinadas circunstancias. Por ejemplo, no se requiere un permiso escrito para el uso de estas notas por su autor respecto de su tratamiento o el uso de una divulgación por parte nuestra en la capacitación de profesionales de salud mental o para defender a WWH en una acción legal entablada por usted.

**Otras utilidades y divulgaciones.** Otras utilidades y divulgaciones de su información médica no cubiertas por las categorías incluidas en este Aviso o leyes, normas o regulaciones aplicables se realizarán solo con su permiso o autorización por escrito. Si nos brinda ese permiso por escrito, puede revocarlo en cualquier momento. No podemos revertir ningún uso o divulgación que ya hayamos hecho con su autorización. Se nos exige que retenemos su información médica acerca de la atención y el tratamiento que le brindamos

## VI. 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 una manera que no esté 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 compartiremos con terceros, sin su autorización por escrito, a menos que la ley nos permita hacerlo: (i) registros acerca de su participación en un programa de trastorno de consumo de sustancias (“SUD”) de WWH (que incluyen el Programa de Ocurrencia Simultánea de Servicios para Adicciones de Whitman-Walker [WWAS Co-OP], la Gestión de Consumo de Sustancias para Reducción de Daño, el Grupo de Comprensión del Propio Consumo y nuestros otros programas de 42 CFR Parte 2) o (ii) sus registros de salud mental.

## **VII. PREGUNTAS/QUEJAS**

Si usted tiene preguntas o cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a WWH o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted no sufrirá ningún tipo de represalias por presentar una queja.

### **Información de contacto/Cómo presentar una queja**

Escribir a Whitman-Walker Health, Whitman-Walker a Liz, 1377 R Street N.W., Suite 200, Washington, DC 20009, Attention: Compliance/Privacy Office, o llamar al (202) 745-7000.

Escribir a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos a 200 Independence Avenue, SW., Washington, D.C. 20201, o llamar al 1.877. 696.6775, o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

## **VIII. MODIFICACIONES A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho a modificar este Aviso y otras prácticas de privacidad de WWH. Asimismo, nos reservamos el derecho a hacer efectivo el Aviso revisado o modificado para información que ya tengamos sobre usted, así como también información que recibamos en el futuro.

Publicaremos una copia del Aviso actual en el sitio web de WWH en [Whitman-Walker.org/hipaa](http://Whitman-Walker.org/hipaa).

El Aviso especificará la fecha de entrada en vigencia del Aviso. Cada vez que visite nuestro sitio web, verá un enlace al Aviso actual en vigencia.

**La fecha de entrada en vigencia de este Aviso es el 14 de abril del 2003 y la actualización más reciente del Aviso fue el 28 de marzo de 2023 y reemplaza todas las versiones anteriores.**

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



# Guía a preguntas sobre nombre, género y orientación sexual



Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas.

Si tiene más preguntas, hable con la recepcionista, que con gusto le ayudará.

Le preguntamos sobre su orientación sexual y su identidad de género para brindar una atención más centrada en el paciente. Lea el interior para saber qué significan las preguntas y cómo se puede usar la información para mejorar la atención médica de todas las personas.



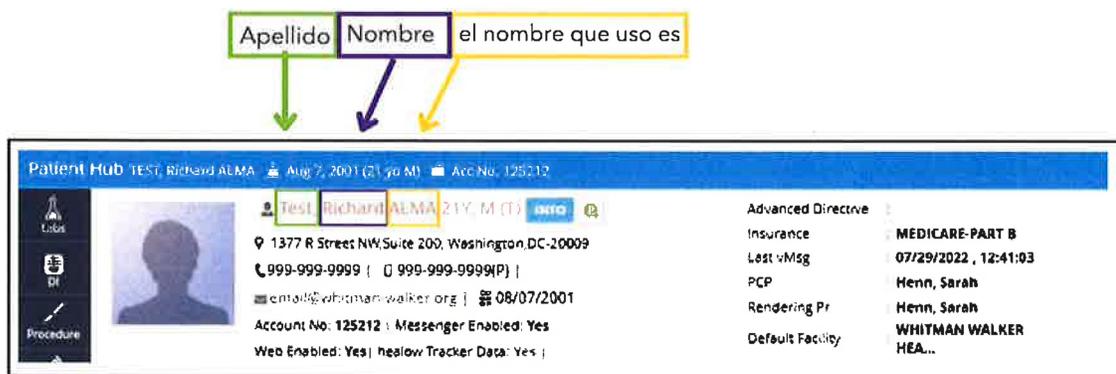


### ¿Por qué me preguntan mi Nombre y cómo me hago llamar?

Queremos asegurarnos de preguntarle y llamarlo/a/e por su nombre. Le preguntamos cómo se hace llamar, si ese nombre es diferente a su nombre legal. Esto ayudará a mostrarlo correctamente en el registro médico.

Le pedimos su nombre legal porque lo necesitamos para registrar los detalles de su seguro. Esto ayudará a evitar errores o rechazos de facturación.

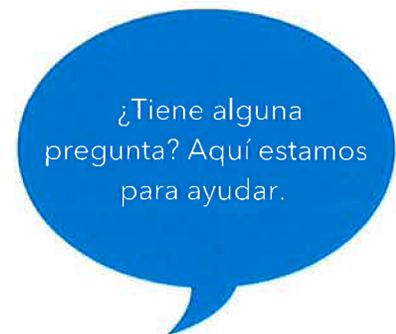
- Si su nombre es diferente a su nombre legal, el registro médico mostrará AMBOS. Mostramos su nombre en **MAYUSCULA** para resaltar que es diferente a su nombre legal. Los nombres aparecerán uno al lado del otro en el registro médico. En este ejemplo, Richard es el nombre en la tarjeta del seguro. ALMA es el nombre de la paciente. Test es el apellido. La imagen que aparece abajo muestra cómo figura el nombre en el registro médico.



### ¿Por qué pedimos que seleccione sus pronombres?

Los pronombres son las palabras que se usan para referirse a alguien sin usar el nombre de esa persona. El uso de pronombres incorrectos puede resultar muy doloroso, aunque sea un accidente. Es importante que le preguntemos con qué pronombres se identifica y que usemos esos pronombres.

**Pronombres (elija todas las opciones que correspondan)**  
 Ella  Él  Ellos(as)  Ze  Otro(a):





## ¿Por qué me preguntan mi orientación sexual?

Conocer la orientación sexual de nuestros pacientes nos ayuda a brindarles un mejor servicio. Nos permite brindar una atención justa, equitativa y con sensibilidad cultural que se enfoque en sus necesidades específicas. Esta información se comparte con nuestros patrocinadores, lo que ayuda a apoyar programas para la comunidad LGBTQ+.

La orientación sexual es la manera en que las personas describen su atracción emocional y física hacia otros. Por ejemplo: Gay o lesbiana, heterosexual, bisexual, queer, asexual, etc.

### **Orientación sexual**

**Lesbiana o gay**

**Heterosexual**

**Bisexual**

**No sé**

**Prefiero no revelarlo**

**Otra cosa:** \_\_\_\_\_

## ¿Por qué me preguntan mi identidad de género?

Conocer la identidad de género de nuestros pacientes nos ayuda a brindarles un mejor servicio. Nos permite brindar una atención justa, equitativa y con sensibilidad cultural que se enfoque en sus necesidades específicas. Esta información también se comparte con nuestros patrocinadores, lo que ayuda a apoyar programas para la comunidad LGBTQ+.

La identidad de género es la sensación interna de una persona respecto de su género. Por ejemplo: una niña/mujer, un niño/hombre, otra cosa o sin género.

### **¿Cómo describe su género?**

**Femenino/Mujer**

**Masculino/Hombre**

**Mujer transexual o transfemenino**

**Hombre transexual o transmasculino**

**Género queer/No binario/no exclusivamente masculino o femenino**

**Prefiero no revelarlo**

**Otro género:** \_\_\_\_\_



## ¿Por qué preguntan por mi identidad trans o mi experiencia transgénero?

Conocer la identidad trans o la experiencia transgénero de nuestros pacientes nos ayuda a brindarles un mejor servicio. Nos permite brindar una atención equitativa y con sensibilidad cultural que se enfoque en sus necesidades específicas. Esta información se comparte con nuestros patrocinadores, lo que ayuda a apoyar programas para la comunidad LGBTQ+.

Transgénero describe a personas cuya identidad de género no coincide con el sexo que se les asignó al nacer según las expectativas tradicionales.

No binario es un término que está dentro del abanico transgénero. Describe a personas cuya identidad de género queda por fuera del concepto binario tradicional de hombre/mujer.

Cisgénero describe a personas cuya identidad de género sí coincide con el sexo que se les asignó al nacer. Es otra manera de decir "no transgénero".

Sí responde "Sí" a esta pregunta opcional, aparece una **T** al lado de su nombre en el registro médico.

Le pedimos que consulte debajo para ver cómo aparecerá su nombre en nuestro sistema.

¿Se identifica como trans o persona de experiencia transgénero?

Sí

No

 Test, Richard ALMA 21Y, M (T)

## ¿Por qué preguntan acerca del sexo que se me asignó al nacer?

El sexo asignado al nacer se usa comúnmente, junto con otra información, para sugerir pruebas médicas de prevención. Creemos que un enfoque más considerado y positivo es preguntar sobre el historial quirúrgico. Ese enfoque también se conoce como "inventario de órganos", si bien esto aún no es una práctica común. Un inventario reconoce que todos los cuerpos tienen diferentes historias y partes. El inventario ayuda a que usted y su proveedor tomen decisiones que honren su identidad de género, sexo asignado al nacer y anatomía.

\*Si actualizó recientemente su marcador de género con su seguro, avísenos. No tenemos ningún problema en actualizar sus registros: [transhealth@whitman-walker.org](mailto:transhealth@whitman-walker.org)

El sexo asignado al nacer también se conoce como sexo biológico. Se refiere a la clasificación dada a los bebés según sus genitales. La mayoría de las personas son clasificadas como de sexo masculino o femenino. Esta clasificación figura en el certificado de nacimiento de las personas. Decimos sexo asignado al nacer en vez de "sexo biológico". Decir sexo asignado al nacer reconoce que otra persona (a menudo un médico) es quien decide esa clasificación para otra persona. Tener solo dos opciones (masculino o femenino) no capta el espectro completo del género. Esa asignación quizás no respalde lo que sucede en el cuerpo de esa persona, la manera en que se siente o cómo se identifica.

Intersexual se refiere a personas que nacen con algunas de las diversas características de género. Estas características no se ajustan a nociones binarias típicas de masculino o femenino.

**Sexo asignado al nacer**

Femenino

Masculino



## ¿Qué opciones tengo para responder a estas preguntas?

Sabemos que responder estas preguntas puede generar temor. Históricamente se ha juzgado a las personas por compartir esta información. Preguntamos acerca de su identidad para que sus experiencias se vean y cuenten. Conocer más acerca de usted nos ayuda a crear servicios y un centro de salud que lo/la/le celebren.

Puede seleccionar "Elijo no divulgarlo" en preguntas que no desea responder.

Lamentablemente no es posible enumerar cada orientación sexual o identidad de género. Si la suya no se incluye en las listas dadas, le pedimos que escriba una respuesta usando el espacio "\_\_\_\_\_".

¿Cómo describe su género?

- Femenino/Mujer
- Masculino/Hombre
- Mujer transexual o transfemenino
- Hombre transexual o transmasculino
- Género queer/No binario/no exclusivamente masculino o femenino
- Prefiero no revelarlo
- Otro género: \_\_\_\_\_

Orientación sexual

- Lesbiana o gay
- Heterosexual
- Bisexual
- No sé
- Prefiero no revelarlo
- Otra cosa: \_\_\_\_\_

## ¿Por qué preguntan sobre mi "marcador de sexo/género registrado con el seguro"?

Preguntamos su "marcador de sexo/género registrado con la compañía de seguros" para evitar errores o rechazos de facturación. Necesitamos que esta documentación esté actualizada.

## ¿Qué significa esto para la manera en que aparece la información (incluyendo nombre y "sexo") en mi registro médico, aplicación Healow o portal del paciente?

Al igual que muchos sistemas de registros médicos, el nuestro refleja un sistema imperfecto con dos opciones. Lamentablemente, esto no capta el amplio rango de identidades y experiencias de las personas.

Cuando documentamos "sexo" en nuestro registro médico, esa información es usada por los seguros para decisiones de pagos. La documentación correspondiente a "sexo" en nuestro registro médico debe coincidir con lo que consta en los archivos de su seguro. Esto ayuda a evitar rechazos o errores de facturación.

WWH reconoce diversos géneros/sexos; intentamos mejorar continuamente nuestros propios sistemas y los sistemas con los cuales interactuamos. Sepa que el nombre y el sexo que aparecen en las tarjetas de seguro y de identificación se usarán en documentos relacionados con el seguro, la facturación, las remisiones, los registros, el portal del paciente y la correspondencia. Le pedimos disculpas por las dificultades que esto pueda provocarle. Si desea recibir asistencia o información sobre la actualización de sus documentos de identidad, comuníquese con el Departamento de Servicios Legales de WWH al 202-939-7630.

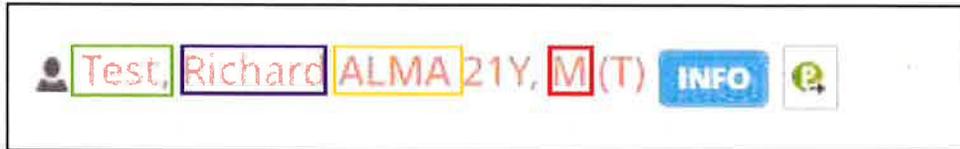
¿Con qué sexo/marcador de género figura en su expediente en su compañía aseguradora?  M  F

 Test, Richard ALMA 21Y,  M (T)



### Estas son algunas cosas que debe saber:

- El registro médico mostrará el nombre y género en los archivos de su seguro. Si actualizó recientemente su nombre o marcador de género, o si tiene preguntas sobre cómo aparece esa información en nuestro sistema, le pedimos que nos envíe un correo electrónico a [transhealth@whitman-walker.org](mailto:transhealth@whitman-walker.org)
- Por ejemplo, el nombre que se muestra en el registro médico de este ejemplo de paciente aparece como: "Test Richard ALMA"



- El nombre en su identificación o seguro incluye "Test" como apellido. "Richard" es el nombre. Y el nombre que usa es "ALMA." El marcador de género que aparece registrado en el seguro es M.
- Usamos MAYÚSCULAS cuando el nombre de una persona difiere de su nombre legal.
- El portal del paciente refleja el registro médico. Su nombre y otros datos, entre ellos su marcador de género, aparecen allí de manera similar.



No tenemos ningún problema en responder cualquier pregunta que pueda tener. Si necesita ayuda con el formulario de registro, avise en recepción.