



## **¡Bienvenido(a) a Whitman-Walker Health!**

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 ofrece atención médica y servicios cordiales y de contención a las comunidades gay, lesbianas, transgénero y de género diverso, así como a las personas que viven y se ven afectadas por el VIH, y a cualquier persona que desee ser reconocida tal cual es en un entorno donde puedan recibir la atención que merecen. 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
- Recurso complementario SOGI
- Consentimientos y reconocimiento
- Reconocimiento de obligación financiera de los pacientes
- 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, género y pronombres. Consulte el "Recurso complementario SOGI" para obtener más información detallada. También nos ayuda a cumplir con los subsidios que solicitamos, los que nos permiten prestar servicios. Responda a todas las preguntas del formulario, incluyendo información acerca de sus ingresos anuales, tamaño de la familia, y vivienda. Esta información nos permite recibir financiación por medio de subsidios y brindarle atención asequible.

### **Esta información se mantiene confidencial y se incluirá en su ficha médica. 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. Sara Henn

*Director Ejecutivo de Salud*

## Formulario de autocertificación y de registro del paciente

Actualizado el 21-09-2022

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre</b>
<b>Me llaman (nombre)</b>	<b>Pronombres-</b> elija todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos(as) <input type="checkbox"/> Ze <input type="checkbox"/> Otro(a):	
<b>Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)	<b>Número de Seguro Social</b>	

<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>¿Su vivienda es...?</b> <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Persona sin hogar		<b>Distrito de DC</b> __ <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No residente de DC	
<b>Dirección de correo electrónico:</b> se utiliza para crear su portal del paciente. Tenga en cuenta que tanto el nombre como el nombre preferido aparecerán en el portal del paciente.			
<b>Número de celular</b>		<b>Número de teléfono de casa</b>	
<b>Nombre del contacto de emergencia</b>		<b>Número de teléfono</b>	<b>Relación con usted</b>
Whitman-Walker Health enviará correspondencia a través del portal del paciente, mensajes de textos, correos electrónicos y correo postal. Las declaraciones se envían primero por mensaje de texto y por correo electrónico, y por último, por correo postal a su dirección. Tenga en cuenta que tanto el nombre como el nombre preferido aparecerán en las declaraciones que se envíen por correo a su dirección y en el portal del paciente.			

<b>¿Tiene seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<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>		
<b>Seguros que no aceptamos</b>	<i>Si no aceptamos su seguro, le recomendamos que seleccione un proveedor que acepte su 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>		
<b>Nombre de su aseguradora N.º 1</b>	<b>Número de suscriptor</b> <input type="checkbox"/> Pagado por el empleado <input type="checkbox"/> Pagado por una persona física	<b>N.º de grupo</b>	<b>Número de contacto</b> al dorso de la tarjeta
<b>Nombre de su aseguradora N.º 2</b>	<b>Número de suscriptor</b> <input type="checkbox"/> Pagado por el empleado <input type="checkbox"/> Pagado por una persona física	<b>N.º de grupo</b>	<b>Número de contacto</b> al dorso de la tarjeta
<b>¿La parte responsable es un paciente de Whitman-Walker?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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 provocar. 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.			
<b>¿Con qué sexo/marcador de género figura en su expediente en su compañía aseguradora?</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

**Para pacientes VIH+:** Entiendo que puedo ser elegible para ahorro en mi atención médica si incurro en cierto nivel de gastos de atención médica. Entiendo que la información sobre los ingresos y el tamaño de la familia podrá ser utilizada para evaluar la elegibilidad para Ryan White. Para obtener más información, llamaré a la línea de Beneficios Públicos y Seguro al 202.745.6151.

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

<p><b>¿Cuáles son sus ingresos anuales?</b></p> <p>\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No tiene ingresos</b></p> <p><b>¿Cuántas personas (incluido/a usted) dependen de sus ingresos?</b> (Ingrese al menos una persona)</p> <p>_____</p>	<p><b>Grupo(s) racial(es)</b> (marque todas las opciones que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Afroestadounidense/negro</b> (incluidos África y el Caribe)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Indígena estadounidense o nativo de Alaska</b> (incluidos todos los pueblos originarios de las Américas)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> (favor especificar)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Indio asiático</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Chino</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Filipino</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Japonés</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Coreano</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vietnamita</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otro asiático</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hawaiano nativo/isleño del Pacífico</b> (especificar)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hawaiano nativo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Samoano</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Guameño o chamorro</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otro isleño del Pacífico</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Blanca</b></p>
<p><b>¿Es veterano(a) de las fuerzas armadas estadounidenses (NO en servicio activo)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sí</b></p>	<p><b>Etnicidad</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>No hispano/no latino</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hispano/Latino(a)</b> (especificar)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Cubano</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Mexicano, Mexicano estadounidense, Chicano/a</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Puertorriqueño</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otro hispano, Latino/a, De origen español</b></p>
<p><b>Orientación sexual</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Lesbiana o gay</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Heterosexual</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Bisexual</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>No sé</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Prefiero no revelarlo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otra cosa:</b> _____</p>	<p><b>Idioma preferido</b> (elija uno)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inglés</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Español</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Américo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____</p> <p>¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></p> <p>En caso de ser sordo(a) o padecer problemas auditivos, ¿necesita alguno de los siguientes servicios?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Interpretación en persona en ASL</b> <input type="checkbox"/> <b>Interpretación remota por video en ASL</b></p>
<p><b>¿Cómo describe su género?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Femenino/Mujer</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Masculino/Hombre</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Mujer transexual o transfemenino</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hombre transexual o transmasculino</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Género queer/No binario/no exclusivamente masculino o femenino</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Prefiero no revelarlo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otro género:</b> _____</p>	<p><b>¿Se identifica como trans o persona de experiencia transgénero?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sí</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>No</b></p>
<p><b>Sexo asignado al nacer</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Femenino</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Masculino</b></p>	<p><b>Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que aparece en el presente formulario es correcta. Informaré a WWH si se produce alguna modificación.</b></p> <p>_____ <b>Firma</b> _____ <b>Fecha</b></p>

## **Consentimientos y reconocimientos generales**

Para que sea paciente de Whitman-Walker Health (WWH), 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, pregúntele a un miembro de nuestro personal. Es importante para nosotros que se sienta cómodo(a) con toda esta información.

Al firmar, usted indica que comprende la información, se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas y está dando su consentimiento (si tiene 18 años de edad o más), o consentimiento para su hijo(a)/menor por quien usted tiene responsabilidad legal.

### **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 y/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 cosas como pruebas, inyecciones y/o medicamentos los cuales se basan en criterios médicos establecidos, pero no están libres de riesgos. Además, sé que WWH suele tener estudiantes/residentes que están recibiendo capacitación para ser médicos, enfermeros, terapeutas y otros proveedores médicos 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. En el caso de una emergencia, sé que alguien en WWH podrá ayudarme sin esperar a que yo dé mi consentimiento para su asistencia. También entiendo que algunos servicios, como un procedimiento médico específico, pueden requerir que firme otro formulario de consentimiento, por lo que es posible que se me pida completar tales formularios más adelante.

### **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS A TRAVÉS DE TELESALUD**

Reconozco que los servicios de telesalud implican el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que mi proveedor de atención médica me evalúe, diagnostique o trate desde un lugar remoto. Los servicios de telesalud pueden incluir consultas por video, llamadas telefónicas, mensajería segura y otras formas de comunicación. Comprendo que el servicio de telesalud ofrece ciertos beneficios, como un mayor acceso a servicios de atención médica, conveniencia y una reducción en la exposición a enfermedades contagiosas. También comprendo que el servicio de telesalud tiene ciertas limitaciones y riesgos, como dificultades técnicas que pueden interrumpir la consulta, una capacidad limitada para que el proveedor realice un examen físico y el riesgo potencial de pérdida de privacidad o violaciones de seguridad en la comunicación electrónica. Comprendo que es la función de mi proveedor de atención médica determinar si la condición que se presenta, se diagnostica y/o se trata es apta para una visita de Telesalud. Libero a WWH de cualquier pérdida de datos o información debido a fallas técnicas asociadas con el servicio de telesalud. Comprendo que mi proveedor puede requerir un examen en persona antes o después de diagnosticar o recetar un plan de tratamiento. Acepto asumir ciertas responsabilidades en el contexto de los servicios de telesalud, que incluyen garantizar un lugar privado y seguro para la consulta, proporcionar información médica y personal precisa y completa a mi proveedor, participar activamente en la consulta, seguir las instrucciones de mi proveedor e informar cualquier problema técnico o inquietud de manera oportuna a WWH.

### **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. 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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del Aviso de Prácticas de Privacidad de WWH, entiendo y me siento cómodo(a) con las protecciones que me ofrece.

### **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 intercambios de salud regionales diseñados para brindar 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 para 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 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 del Paciente 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 del paciente colocado en los tableros de anuncios del centro médico. WWH me ha proporcionado información sobre ser un paciente de WWH, y que incluye los servicios ofrecidos, los horarios de funcionamiento e información de contacto. Acepto cumplir con las Responsabilidades del paciente establecidas.

### **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 más seguro para comunicarme con WWH es mediante el uso 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 en 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 en función de diversos factores, entre ellos 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 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 pago 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.

**A firmar mi nombre a continuación, reconozco que he leído y comprendo plenamente cada uno de los párrafos separados anteriores y certifico que tengo 18 años de edad o más, o que soy el padre, la madre o el tutor legal de un paciente menor.**

**Firma del paciente:**

**Fecha:**

**Nombre del paciente, en letra de imprenta:**

**Fecha de nacimiento:**

**Si corresponde, nombre del padre, la madre/el tutor legal, en letra de imprenta:**

**Si corresponde, relación/parentesco con el paciente:**

**Si corresponde, firma del padre, la madre/el tutor legal:**

**Fecha:**

# 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>

# 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.

### INFORMACIÓN compartida a su debido tiempo

- 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.**

## 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 el motivo 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.

### 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

comuniemos 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.

### **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 notifiemos.

### **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.

## **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 con 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 utilizaciones y divulgaciones.** Otras utilizaciones 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- (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 vigor del Aviso. Cada vez que visite nuestro sitio web, verá un enlace al Aviso actual en vigencia.

**La fecha de entrada en vigor 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 Reconocimiento* que se escanea e incluye en su historia clínica electrónica.**



## **Preguntas sobre nombre, género y orientación sexual: Guía informativa para pacientes**

Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas.

Si tiene más preguntas, hable con el personal de recepción, 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.



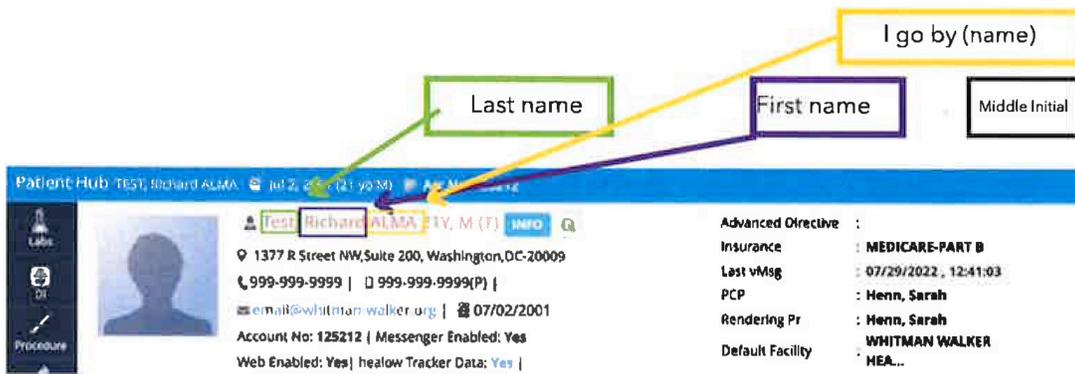
WHITMAN-WALKER  
Health  
*te vemos.*

## ¿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 MAYÚSCULA**, 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 a continuación 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**

Él  Ella  Ellos(as)  Ze  Otro(a):

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?  
Aquí estamos para ayudar.

## ¿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**
- Otra cosa: \_\_\_\_\_**

## ¿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.

Do you identify as Trans or of Transgender experience?

Yes

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 "\_\_\_\_\_".

<p><b>¿Cómo describe su género?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Femenino/Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino/Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer transexual o transfemenino</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre transexual o transmasculino</p> <p><input type="checkbox"/> Género queer/No binario/no exclusivamente masculino o</p> <p><input type="checkbox"/> femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cosa: _____</p>	<p><b>Orientación sexual</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana o gay</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cosa: _____</p>
---	--

## ¿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

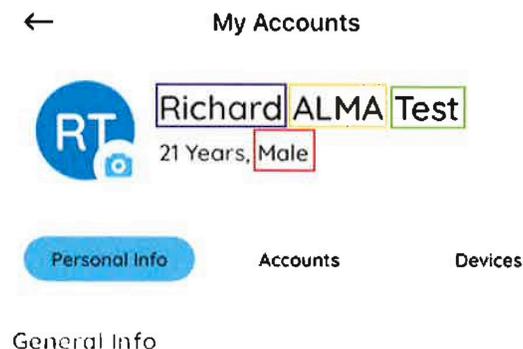
 Test, Richard ALMA 21Y, M (T)

### 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 utiliza es "ALMA". El género registrado en el archivo con el seguro es masculino (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 la recepción.