



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

Paquete de Reglas para Pacientes Nuevos

Favor de firmar la última página y devolvérsela al CHCFC

Greenfield Medical & Dental
102 Main Street
Greenfield, MA 01301
Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care
164 High Street
Greenfield, MA 01301
Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental
450 W River Street
Orange, MA 01364
Tel: (978) 544 - 7800



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

REGLAS PARA PACIENTES

REGLA DE REPUESTO (REFILL) DE MEDICAMENTOS

Es importante saber que usted no es paciente oficial hasta que lo veamos en su primera cita. No podemos proveerle ningún repuesto de medicamento, rellenar ningún formulario, ni proveerle con consejos hasta su primera cita. **Para evitar que se le acaben los medicamentos durante el tiempo en que está cambiando de oficina, asegúrese de obtener como mínimo un suministro de dos meses de cualquier medicamento que esté tomando de su médico actual antes de transferir sus expedientes.**

FILOSOFÍA DEL DOLOR CRÓNICO

El CHCFC provee tratamiento del dolor crónico por varios métodos que pueden incluir medicamentos y/o recomendaciones para tratamientos alternativos como la fisioterapia, la hidroterapia, el masaje, la acupuntura, clínicas para el dolor, y consultas con especialistas. Trabajaremos con usted para componer un plan comprensivo para ayudarle a manejar su dolor.

REGLA DE NO ASISTIR A LAS CITAS

Un “No Show” (“No asistió”) se define como un paciente que no asistió a una cita programada. Cualquier paciente con tres (3) “No Shows” dentro de un período de doce (12) meses puede estar sujeto a ser despedido de la práctica después de una revisión de su caso por su médico de cabecera oficial.

REGLAS DE BANDERA ROJA

Para proteger a los americanos del robo de identidad, la Comisión Comercial Federal recientemente pasó leyes que nos requieren tomar medidas que protegen a nuestros pacientes del robo de identidad. Esto afectará a pacientes de varias maneras:

1. Requeriremos que nuevos pacientes adultos provean una tarjeta de identificación con foto para su expediente.
2. Para pacientes adultos establecidos, verificaremos su tarjeta de identificación con foto una vez al año.
3. Todos los pacientes con seguro deben proveer una copia de su tarjeta para su expediente.
4. Si usted sospecha que otra persona ha usado su información de seguro o de otra manera ha robado su identidad, repórtelo inmediatamente a la policía local y a nuestra Oficina Administrativa.
5. Investigaremos casos donde el posible robo de identidad o el uso de la información de seguro u otra información de una persona puede haber sido usada ilegalmente. Cuando sea apropiado, es posible que necesitemos documentación adicional para verificar la identidad de una persona. Notificaremos a las autoridades en casos donde hay razón de creer que ha ocurrido el robo de identidad, el fraude, u otra actividad ilegal.

Greenfield Medical & Dental

102 Main Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care

164 High Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental

450 W River Street
Orange, MA 01364

Tel: (978) 544 - 7800



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

PÓLIZA DE PAGOS POR SERVICIOS

CO-PAGOS DEL SEGURO

Se espera los co-pagos de seguro al momento del servicio. El CHCFC le mandará una factura para los co-pagos si no se pagan al momento del servicio. Se espera el pago en su totalidad dentro de 30 días de recibir la factura. Si el paciente no ha pagado tres co-pagos consecutivos, recibirá una carta del Gerente de Facturación declarando que el paciente debe pagar el co-pago de su próxima cita y una cantidad de los previos co-pagos debidos o debe ponerse en contacto con la oficina administrativa para arreglos de pago para cualquier balance pendiente. Si los balances no se pagan dentro de 90 días de la fecha del servicio y el paciente no ha hecho ningún acuerdo de pago, se mandará la cuenta del paciente a una agencia de colecciones para la colección.

BALANCES DEL PACIENTE DESPUÉS DEL SEGURO

Si al paciente le queda un balance pendiente después de mandarle la factura a la aseguradora, el paciente recibirá una factura mostrando el monto debido. Se espera el pago en su totalidad dentro de 30 días de recibir la factura. Los pacientes recibirán una factura mensual hasta que la cuenta se pague en su totalidad. Si no se pagan los balances dentro de 90 días de la fecha del servicio y el paciente no ha hecho ningún acuerdo de pago, se mandará la cuenta del paciente a una agencia de colecciones para la colección.

ASISTENCIA FINANCIERA

Es la política del CHCFC de ofrecer planes de pago a pacientes que no pueden pagar sus facturas para servicios proveídos por el CHCFC dentro de 90 días de la fecha del servicio. Los pacientes deben ponerse en contacto con la oficina de facturación al 413-325-8500, ext. 150, para solicitar un plan de pago. El paciente será responsable de hacer los arreglos del pago según lo que se acordó en el plan de pago firmado.

Si usted no tiene seguro, favor de ponerse en contacto con nuestro departamento de alcance comunitario e inscripción para solicitar la cobertura. Si no se puede obtener la cobertura por el sistema de inscripción del estado por razones además de las de no pagar la prima, es posible que usted sea elegible para una escala móvil de cuotas basada en sus ingresos anuales. Los ingresos anuales deben ser verificados por el personal del CHCFC.

Greenfield Medical & Dental

102 Main Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care

164 High Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental

450 W River Street
Orange, MA 01364

Tel: (978) 544 - 7800



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

NOTIFICACIÓN SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Revisado 08/01/2009)

Este aviso describe cómo utilizaríamos o compartiríamos la información sobre su salud y cómo puede usted acceder esta información. Esta práctica ha estado vigente desde 08/01/2009 y se aplica a toda información protegida de su salud y mantenida por nosotros. Tenemos los siguientes deberes para con la manutención, uso y divulgación de sus archivos de salud: (1) Se nos requiere por ley el mantener la privacidad de la información protegida de salud en su archivo y el proveerle esta notificación sobre nuestros deberes legales y practicas de privacidad con respecto a dicha información. (2) Se nos requiere el acatar los términos de esta notificación actualmente vigente. (3) Reservamos el derecho a cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento, haciendo que cualquier nueva estipulación esté disponible para toda la información de salud y archivos que hemos mantenido y continuaremos manteniendo. Todo cambio en esta notificación será prominentemente expuesto y disponible en nuestra oficina.

Existe un número de situaciones en las que nosotros podríamos utilizar o revelar su información confidencial de salud a otras personas o entidades. Ciertos usos y divulgaciones requerirían su firma como acuse de recibo de esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad. Estas situaciones incluyen el tratamiento, pago y operaciones relacionadas con su cuidado de salud. Cualquier uso o divulgación de su información protegida de salud que se requiera por alguna otra razón que no sea tratamiento, pago u operaciones de salud requerirán su firma y autorización. Algunas divulgaciones que son requeridas por ley, o bajo circunstancias de urgencia puede que se hagan sin su acuse de recibo o autorización. Bajo cualquier circunstancia, vamos a hacer uso o divulgar sólo el mínimo de la información necesaria de nuestros archivos médicos para lograr el propósito previsto de dicha divulgación. Intentaremos de buena fe el obtener su acuse de recibo firmado de esta notificación para usar y divulgar su información confidencial de salud por los siguientes propósitos. Estos ejemplos no tienen la intención de ser exhaustivos, pero si intentan describir los tipos de uso y divulgación que pueden ser hechos por nuestra oficina una vez que usted haya dado el permiso.

Tratamiento: Utilizaremos su información de salud para tomar decisiones sobre la provisión, coordinación o gestión de su cuidado médico, incluyendo el análisis y diagnóstico de su condición y la determinación del tratamiento apropiado para dicha condición. También podría ser necesario el compartir su información de salud con otro proveedor médico con quién necesitemos consultar con respecto a su cuidado. Éstos son sólo ejemplos de los usos y divulgación de información médica por el propósito de tratamiento que puede o no ser necesario en su caso.

Pago: Puede que necesitemos utilizar o divulgar la información en su archivo médico para obtener reembolso de parte de usted, de su compañía de seguro de salud u otro seguro de salud por nuestros servicios dados a usted. Esto puede incluir determinaciones de elegibilidad o cobertura bajo el plan de seguro de salud apropiado, la previa certificación y previa autorización de servicios o revisión de servicios con el propósito de obtener reembolso. Esta información podría ser utilizada para la facturación, manejo de reclamos con propósito de la colecta de pagos y el procesamiento de datos relacionados a través de nuestro sistema.

Operaciones: Sus récords de salud podrían ser utilizados en nuestros planes de negocios y el desarrollo de operaciones, incluyendo la mejoría de de nuestros métodos de operación y funciones generales administrativas. También podríamos utilizar la información para nuestro cumplimiento general de planificación, actividades de revisión de cuidado médico y el arreglo de funciones legales y de auditoría.

Hay ciertos casos en los que podríamos utilizar su información aún **sin primero obtener su reconocimiento y permiso**. Dichos casos generalmente incluyen salud pública y actividades de supervisión, orden público, procedimientos judiciales o administrativos y certificación de investigación para determinar la causa de defunción. Específicamente, se nos podría requerir el reportar a ciertas agencias la información concerniente a ciertas enfermedades o condiciones contagiosas, enfermedades de transmisión sexual o el estado de VIH/SIDA. se nos requiere el reportar circunstancias de abuso, negligencia o violencia doméstica sospechados o documentados. Se nos

requiere reportar a agencias apropiadas y las autoridades de orden público si usted o alguna otra persona está en inmediato riesgo de peligro a la salud o la seguridad. En la mayoría de los casos debemos divulgar información de salud cuando se nos requiere hacerlo por orden de la corte o una citación para hacerlo. Debemos dar acceso a la información de su salud con el propósito de responder a denuncias a entidades licenciadas del Estado y del gobierno Federal como por ejemplo, la Junta de Registro de Medicina y el Departamento de Salud Pública. Puede que le llamemos de vez en cuando para recordarle sus citas o informarle sobre tratamientos alternos u otros beneficios de salud y servicios que podrían interesarle.

Otras Personas Envueltas en su Cuidado Médico: A menos que usted se oponga, podríamos compartir con su familia, con algún amigo o cualquier otra persona identificada por usted, la información médica que esté directamente relacionada con la participación de dicha persona en su cuidado de salud. Si usted no está disponible o no está de acuerdo con dicha divulgación, podríamos dar información necesaria si consideráramos que el hacerlo es de su beneficio, basados en nuestra opinión profesional. Podríamos notificar o asistir a un miembro de su familia, representante u otra persona encargada de su cuidado sobre su ubicación, condición general o fallecimiento. Finalmente, podríamos usar o compartir su información privada de salud a una entidad autorizada pública y privada para asistir durante esfuerzos para el alivio de desastres y coordinar los usos y la divulgación a familiares u otras personas envueltas en su cuidado de salud.

Barreras de Comunicación y Emergencias: Podríamos usar o divulgar su información protegida de salud si intentamos obtener su autorización pero no podemos debido a considerables barreras de comunicación y determinamos, haciendo uso de nuestro juicio profesional, que usted tiene intenciones de darnos permiso bajo sus circunstancias. Puede que usemos o divulguemos su información en una situación de tratamiento de emergencias. Si esto sucediera, intentaríamos obtener su permiso en tanto nos sea razonablemente posible luego de haber hecho el tratamiento. Si se nos requiere por ley o por razones de necesidad para tratarle y hemos tratado de obtener su permiso pero no hemos podido, aún así puede que usemos su información para poder ofrecerle el tratamiento necesario.

Exceptuando las situaciones descritas anteriormente, su información protegida de salud no se usará ni divulgará a ninguna persona o entidad sin su consentimiento, una autorización que usted puede revocar en cualquier momento. En particular, exceptuando en el caso de que la divulgación haya sido hecha a agencias gubernamentales por requerimiento legal y para mantener la confidencialidad de los datos, no se informará a ninguna otra persona o entidad cualquier información relacionada con el tratamiento de su salud mental, tratamiento por abuso de alcohol o drogadicción, VIH/SIDA o enfermedades transmitidas sexualmente que puedan estar contenidas en su récord de salud. Asimismo, no compartiremos su récord médico a ningún empleador con el propósito de tomar decisiones para darle trabajo, o a ninguna compañía de seguros o abogados como resultado de heridas ocasionadas en un accidente automovilístico o a ninguna autoridad educacional sin su autorización escrita, una citación u orden de la corte.

Usted tiene ciertos **derechos en cuanto a su récord de salud**, como se explica en lo siguiente:

- (1) Usted puede solicitar la restricción de los usos y divulgaciones de su archivo médico para el tratamiento, pago u operaciones, o restricciones en las que su cuidado o pago de dicho cuidado están involucrados. No se nos requiere que estemos de acuerdo con esas restricciones; de cualquier manera, si estuviéramos de acuerdo, vamos a cumplir con ello exceptuando en el caso de emergencias, la divulgación de su récord a usted mismo o si se nos requiriese por ley el hacer una divulgación por completo sin restricciones.
- (2) Usted tiene el derecho a solicitar el recibir comunicaciones confidenciales sobre su información médica entre medios alternativos o localidades alternativas. Si usted solicitara dicho acuerdo, puede que se le facture un impuesto por ello y se le requerirá especificar la dirección alterna, cualquier otro método de contacto y cómo será hecho el pago.
- (3) Tiene usted el derecho de inspeccionar, copiar y solicitar correcciones a su récord médico. El acceso a dicho récord no incluirá notas contenidas en psicoterapia o información compilada en anticipación y para el uso en un caso civil, criminal o administrativo en el que se le prohíbe a usted el acceso a ello por ley. Se le cobrará un impuesto por el proveer una copia de su historia médica o cualquier resumen de

dicha historia por orden de su parte, lo cual incluye el costo de copiado, envío y preparación, explicación o resumen de la información.

- (4) Todas las solicitudes de inspección, copiado y/o correcciones de la información en su récord médico y toda solicitud relacionada con sus derechos expresados en esta notificación, deben hacerse de manera escrita y dirigirse a nuestro oficial de privacidad a nuestra dirección. Responderemos a su solicitud en tiempo oportuno.
- (5) Usted tiene un derecho limitado para recibir cuenta de todas las divulgaciones de su información de salud que hagamos a otras personas o entidades, exceptuando divulgaciones requeridas para el tratamiento, pago u operaciones. Dichas divulgaciones son aquellas que usted haya autorizado por escrito previamente, incidentales a otro uso o divulgación permisible o de otra manera permitidas por ley. No se le cobrará por la primera solicitud durante los primeros doce meses, pero sí se le cobrará un impuesto adicional por cada solicitud subsecuente durante el mismo período de doce meses.
- (6) Si esta notificación le fue proveída de manera electrónica, tiene usted el derecho de obtener una copia en papel de esta notificación para llevar a casa si usted así lo desea.

Usted puede emitir una queja por escrito dirigida a nosotros o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted considera que su derecho a confidencialidad de su récord médico ha sido violado. Toda queja debe ser hecha por escrito y debe dirigirse al Oficial de privacidad (en caso de que la queja se dirija a nosotros) o a la persona designada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si nosotros no podemos resolver su problema. No se le contraatacará por hacer dicha queja. Para más información disponible sobre quejas al gobierno visite <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>

Toda queja concerniente a esta notificación debe ser dirigida a:
Oficial de Privacidad, 102 Main Street. Greenfield, MA 01301



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

AVISO DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de recibir el cuidado respetuoso y compasivo en un ambiente seguro y no amenazante, no importa su edad, género, raza, origen nacional, religión, orientación sexual, identidad de género, o discapacidad.
- Usted tiene el derecho de saber la identidad y el estatus profesional de todos los miembros del equipo de cuidado de la salud que le proveen el cuidado.
- Usted tiene el derecho de ser informado sobre su diagnóstico y pronóstico, si se sabe, y de ser informado sobre los riesgos y beneficios de todas las opciones de tratamiento que le ofrecen. Usted tiene el derecho al consentimiento informado por escrito antes de cualquier procedimiento médico no urgente.
- Usted tiene el derecho de escoger un médico de cabecera (PCP) y de transferir su cuidado a otro PCP dentro del centro de salud o a otra práctica.
- Usted tiene el derecho a la confidencialidad y puede esperar que las comunicaciones y expedientes de su cuidado sean confidenciales, a menos que la divulgación se permita o se requiera por la ley.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar su expediente médico/dental si lo pide, y de recibir una copia de su expediente médico/dental. Se determinará la cuota según los costos de fotocopiarlo. Usted tiene el derecho de recibir una lista de personas a las que se ha divulgado sus expedientes.
- Usted tiene el derecho a la privacidad durante el tratamiento médico según la capacidad del centro.
- Usted tiene el derecho de pedir la presencia de un acompañante durante cualquier tipo de examen.
- Usted y cualquier familiar o amigo que usted designe tienen el derecho de participar completamente en decisiones sobre su cuidado, incluyendo el derecho de rechazar el tratamiento.
- Usted tiene el derecho a la comunicación que puede entender, incluyendo la provisión de servicios de interpretación de lenguas, si es necesario, a ningún costo a usted.
- Usted tiene el derecho, al pedirlo, de recibir información sobre oportunidades para la asistencia financiera y servicios de cuidado de la salud gratis.
- Usted tiene el derecho de rechazar ser examinado, observado, o tratado por estudiantes o cualquier otro personal del centro sin comprometer su acceso al cuidado médico.
- Usted tiene el derecho de rechazar ser sujeto de investigaciones y de rechazar cualquier cuidado o examinación cuando el propósito primario es educativo o informativo en vez de terapéutico.
- Usted tiene el derecho al tratamiento de emergencia sin la discriminación relacionada al estatus económico o la fuente de pago y sin demorar el tratamiento por propósitos de discusión previa de la fuente del pago, a menos que tal demora se pueda imponer sin riesgo material a su salud.
- Usted tiene el derecho de examinar y recibir una explicación detallada de su factura, incluyendo reembolsos a un tercero, no importa la fuente del pago.
- Usted tiene el derecho de expresar sus inquietudes sobre el cuidado que recibe. Si no se resuelve su inquietud a su satisfacción, favor de ponerse en contacto con:

*Gerente de la Práctica Médica
102 Main Street
Greenfield, MA 01301
o llame al (413) 325-8500*



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

SUS RESPONSABILIDADES

- Se espera que usted provea información completa y precisa sobre su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, y aseguradora, cuando se la pida.
- Se espera que usted provea información completa y precisa sobre su salud e historial médico.
- Se espera que usted asista a las citas programadas, que llegue a tiempo, y que llame con anticipación si no puede asistir a una cita.
- Se espera que usted haga preguntas cuando no entiende información o instrucciones. Si usted cree que no puede cumplir con su plan de tratamiento, tiene la responsabilidad de informarle a su proveedor. Usted es responsable del resultado si no sigue el plan de tratamiento recomendado por su proveedor.
- Se espera que usted trate a todo el personal y a otros pacientes con respeto y que no se porte de una manera perturbadora, irrespetuosa, o amenazante.
- Se espera que usted provea la información necesaria para el procesamiento de reclamos y que no demore en pagar sus facturas.



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

VERIFICACIÓN DE RECIBO DEL PACIENTE

Mi firma de abajo es para verificar que me han dado una copia de cada documento en la lista de abajo. Entiendo que puedo pedir una copia nueva de estos documentos en cualquier momento.

- Regla de Repuesto (Refill) de Medicamentos
- Filosofía del Dolor Crónico
- Regla de No Asistir a las Citas
- Aviso de las Reglas de Bandera Roja (Robo de Identidad)
- Reglas de Pagos para Pacientes del CHCFC
- Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso de HIPAA)
- Aviso de los Derechos y las Responsabilidades del Paciente

Puedo pedir que me envíen estos documentos en el formato alternativo:

- Letra grande

Nombre del paciente (Letra de molde)

del paciente / tutor

Fecha

Greenfield Medical & Dental

102 Main Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care

164 High Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental

450 W River Street
Orange, MA 01364

Tel: (978) 544 - 7800