
BIENVENIDO A AXIS HEALTH SYSTEM

Nos complace que haya elegido a Axis Health System (AHS) como socio para apoyar su salud. Nuestro personal se dedica a proporcionarle una atención médica integral de calidad y esperamos trabajar juntos. Creemos que su participación activa en el cuidado de su salud nos ayuda a proporcionarle los mejores cuidados y resultados de salud posibles

La siguiente información se proporciona para apoyar su compromiso exitoso y significativo con nuestros equipos de atención médica para responder a sus necesidades de salud y lograr sus objetivos de salud:

SISTEMA DE SALUD AXIS - CENTROS DE ATENCIÓN:

Disponemos de varias ubicaciones para atenderle:

Atención integrada:

Archuleta Integrated Healthcare	(970) 264-2104
Cortez Integrated Healthcare	(970) 565-7946
Cortez Oral Health Clinic	(970) 565-1800
Dove Creek Integrated Healthcare	(970) 677-2291
La Plata Integrated Healthcare	(970) 335-2288
Durango Oral Health Clinic	(970) 335-2442

Atención médica conductual:

Crossroads at Grandview	(970) 403-0180
Columbine Behavioral Health	(970) 259-2162

AXIS HEALTH SYSTEM - PROFESSIONALS:

AHS emplea a una gran variedad de profesionales de la salud en los cinco condados del suroeste de Colorado. Aunque todos los profesionales de la lista no formen parte de su equipo de atención directa, forman parte del sistema más amplio y, en algunos casos, pueden colaborar con los proveedores con los que usted trabaja. AHS emplea a muchos tipos de profesionales de la salud para proporcionarle un amplio espectro de servicios de salud primaria integrales:

- Enfermeras de práctica avanzada (Advanced Practice Nurses, APN);
- Trabajadores sociales clínicos licenciados (Licensed Clinical Social Workers, MSW, LCSW);
- Terapeutas matrimoniales y familiares licenciados (Licensed Marriage and Family Therapists, MA, LMFT);
- Consejeros profesionales licenciados (Licensed Professional Counselors MA, LPC);
- Psicólogos (PhD);
- Auxiliares médicos (Medical Assistants, MA);
- Enfermeras registradas (Registered Nurses, RN);
- Asistentes médicos (Physician Assistants, PA);
- Enfermeras profesionales (Nurse Practitioners, NP);
- Pediatras (Medical Doctors, MD);
- Médicos de atención primaria (MD, DO);
- Psiquiatras (Medical Doctors, MD);
- Dentistas (DDS y DMD)
- Asistentes dentales y
- Otros profesionales de la salud mental (BA)

POLÍTICA DE CITAS MÉDICAS:

El tiempo es valioso, tanto el nuestro como el suyo. Con el fin de garantizar que los servicios de calidad estén disponibles para el mayor número de pacientes, infórmenos de los cambios que pueda necesitar para asegurarse de que la hora de su cita sea adecuada para usted.

1. Los cambios de cita pueden realizarse llamando al centro de atención (indicado anteriormente) donde esté programada su cita. Es importante que usted sepa lo siguiente:
 - Las citas canceladas con menos de 24 horas de antelación pueden dar lugar a un cargo por "no presentarse".
 - Dos citas consecutivas en las que no se presente el paciente pueden dar lugar a la restricción de las citas o al alta de nuestra atención.
2. Cuando programe una cita, es importante que nos comunique si necesita traducción, transporte u otras adaptaciones para que podamos identificar la asistencia adecuada y asegurarnos de que esté disponible.
3. La **llegada tardía** es cuando usted llega hasta más de 10 minutos después de la hora de su cita. En estos casos, se hace todo lo posible para que usted pueda ser atendido. Si esto no es posible ese día debido a su preferencia o a las limitaciones de horario del proveedor, la cita se registra como una Cancelación y se le reprograma. Si espera más de 10 minutos para ser atendido, puede cancelar y reprogramar la cita.
4. Los niños no deben quedar desatendidos en una clínica de AHS mientras sus padres o tutores estén en una cita de atención.
5. Si otra persona que no sea el padre o tutor identificado va a acompañar a su hijo a una cita programada en AHS, el personal de AHS debe firmar y atestiguar una copia firmada del Formulario de permiso para que los menores asistan a las citas sin los padres con antelación.

POLÍTICA DE TRANSPORTE:

Si el transporte es un impedimento para acudir a una cita, el personal puede ayudarle a coordinar la ayuda para el transporte hacia y desde los centros de AHS donde tenga su cita.

POLÍTICA DE RECLAMACIONES:

Si le preocupa el trato que ha recibido o cree que se han violado sus derechos como paciente, AHS tiene un proceso de quejas establecido para apoyar las mejoras y la resolución respectivas. El protocolo de reclamación es:

1. Le pedimos que primero intente resolver el problema hablando directamente con el funcionario o su supervisor.
2. Si no está totalmente satisfecho con la solución después de hablar con el personal implicado, usted puede:

- a. Llamar a su centro de atención y solicitar al Coordinador de Reclamaciones asistencia adicional inmediata; o
- b. Presentar un *formulario de reclamación* por escrito, que está disponible en todas las sedes de AHS y que se entregará al coordinador de reclamaciones, quien acusará recibo de su reclamación en un plazo de 24 horas, llevará a cabo una investigación y proporcionará una resolución dentro del plazo requerido.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD:

El acceso, el uso o la divulgación de su información médica están protegidos por diversas normativas federales y estatutos estatales. **Consulte nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* (contenido dentro de este documento) donde encontrará una explicación completa de los derechos del paciente y cómo se manejará la información de atención médica.** Consulte con el personal de AHS cualquier pregunta que pueda tener sobre su privacidad y cuidados.

EMERGENCIAS MÉDICAS:

En caso de emergencia médica, **marque el 911 o acuda al departamento de emergencias u hospital más cercano.** Recuerde informar al servicio de emergencias o al hospital que usted es un paciente de AHS y solicite que su registro médico sea enviado a AHS para coordinar su plan de alta y su atención de seguimiento.

CONSULTA MÉDICA FUERA DE HORARIO:

Si usted es un paciente de Archuleta Integrated Healthcare, Cortez Integrated Healthcare, Cortez Oral Health Clinic, Dove Creek Integrated Healthcare, La Plata Integrated Healthcare, Durango Oral Health Clinic, Crossroads at Grandview o Columbine Behavioral Health clinic y tiene un problema de salud física (que no es una emergencia médica) después del horario normal de trabajo, puede llamar al **970-247-5245** para consultar con una enfermera registrada (RN).

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS:

Si usted es un paciente de AHS de cualquiera de nuestros centros y necesita servicios de intervención en crisis: estos servicios están disponibles localmente las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al **970-247-5245** o en todo el Estado al **844-943-8255** o **enviando un mensaje de texto con la palabra "TALK" al 38255.**

¿CÓMO ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA?

Tenemos un enfoque de equipo de atención para proporcionar su atención médica en nuestras clínicas integradas en Durango, Cortez Dove Creek y Pagosa. Ofrecemos a los pacientes la posibilidad de elegir un proveedor de atención médica en función de sus preferencias personales, sus necesidades médicas y la experiencia del proveedor. Puede elegir cualquier proveedor de atención médica que acepte nuevos pacientes para que sea su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) en nuestras clínicas integradas. Su PCP puede ser un médico (MD o DO), un asistente médico o un enfermero. Los equipos de atención están formados por una enfermera registrada, un asistente médico, un proveedor de salud del comportamiento, un especialista en servicios al paciente y un médico de atención primaria, y pueden incluir personal de apoyo adicional, según sea necesario. También puede tener un nutricionista/dietista o un proveedor de salud oral como parte de su equipo. Para obtener más

información sobre nuestros proveedores y recibir ayuda para seleccionar su propio proveedor de atención primaria, llame al gerente de la clínica donde se está inscribiendo.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Como socio en su atención médica, AHS quiere que usted conozca sus derechos, así como sus responsabilidades. AHS protegerá y mantendrá los derechos de los pacientes para apoyar la dignidad humana fundamental, al tiempo que cumplirá con los requisitos civiles, constitucionales y estatutarios que se aplican a los servicios y la atención que proporciona AHS. A continuación se detallan sus derechos y responsabilidades:

SUS DERECHOS COMO PACIENTE:

USTED TIENE DERECHO a ser tratado con respeto y dignidad y a recibir una atención considerada y compasiva independientemente de su edad, sexo, raza, nacionalidad, religión, orientación sexual, ingresos, identidad de género o discapacidad.

USTED TIENE DERECHO a recibir atención en un entorno seguro y limpio, libre de toda forma de abuso, negligencia o maltrato.

USTED TIENE DERECHO a que se le comuniquen los nombres de todos los proveedores de asistencia médica que participan en su atención.

USTED TIENE DERECHO a que alguien le acompañe durante su cita, a menos que la presencia de su visitante comprometa los derechos, la seguridad o la salud de alguien.

USTED TIENE DERECHO a recibir información sobre sus diagnósticos y posibles pronósticos, beneficios y riesgos del tratamiento, duración estimada del tratamiento, tratamientos alternativos y el resultado esperado del tratamiento, incluido cualquier resultado inesperado.

USTED TIENE DERECHO a recibir información sobre los medicamentos que se utilizarán o prescribirán, los beneficios y riesgos asociados y los posibles efectos secundarios de dichos medicamentos.

USTED TIENE DERECHO a dar su consentimiento informado por escrito antes de cualquier procedimiento que no sea una emergencia.

USTED TIENE DERECHO, cuando corresponda, a que se evalúe su dolor y a participar en las decisiones sobre el tratamiento de su dolor.

USTED TIENE DERECHO a recibir servicios culturalmente apropiados y competentes, incluidos los servicios de intérprete en caso de necesidad por discapacidades de comunicación y por falta de

dominio del inglés.

USTED TIENE DERECHO a ser tratado en el entorno menos restrictivo disponible y a ser tratado de una manera que esté libre de restricciones o aislamiento a menos que sea médicamente necesario.

USTED TIENE DERECHO a recibir información sobre las tarifas y las políticas financieras, así como sobre su responsabilidad de pago.

USTED TIENE DERECHO a esperar que AHS respete sus derechos con respecto al acceso, uso o divulgación de su información médica en todas las comunicaciones y registros, a menos que la divulgación esté permitida o sea requerida por la ley.

USTED TIENE DERECHO a ver u obtener una copia de su registro médico; a pedir que este se modifique; y/o a solicitar una lista de las personas a las que se ha revelado su información médica.

USTED TIENE DERECHO a recibir servicios de protección y defensa en casos de abuso y negligencia, y AHS le proporcionará una lista de esos recursos según corresponda o cuando lo solicite.

USTED TIENE DERECHO a aceptar o rechazar la participación en estudios de investigación médica y puede retirarse de dichos estudios en cualquier momento sin que ello repercuta en su acceso a la atención estándar.

USTED TIENE DERECHO a rechazar los servicios o terminar su atención con AHS a menos que exista una emergencia o según lo dispuesto por la ley. Cualquier rechazo a un servicio o atención recomendado quedará documentado en su registro médico.

USTED TIENE DERECHO a establecer voluntades anticipadas y a designar a alguien que tome las decisiones de atención médica por usted en caso de que no pueda hacerlo.

USTED TIENE DERECHO a participar en la elaboración y revisión de su plan de atención según los requisitos estatales y federales.

USTED TIENE DERECHO a una segunda opinión de un profesional de la salud debidamente calificado, que puede estar o no cubierta por las prestaciones de su seguro.

USTED TIENE DERECHO a solicitar y recibir una copia del *aviso de prácticas de privacidad* de AHS en cualquier momento.

USTED TIENE DERECHO a expresar sus preocupaciones sobre la atención que está recibiendo al personal de AHS sin que este tome represalias. En estos casos, el AHS le invita a discutir sus preocupaciones con su proveedor de atención médica o su supervisor o a solicitar la ayuda del Coordinador de reclamaciones para apoyar la resolución más inmediata.

USTED TIENE DERECHO a ser informado de que la intimidad sexual nunca es apropiada en una relación profesional de salud. Las denuncias de este tipo deben hacerse tanto al coordinador de quejas de AHS como al Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (Department of Regulatory Agencies, DORA), llamando al 303-894-7855 o al (800-886-7675).

USTED TIENE DERECHO a que un defensor del paciente independiente, un representante personal, un tutor legal o un asesor jurídico independiente (con gastos a su cargo) participe en la resolución si

considera que se han violado sus derechos.

USTED TIENE DERECHO a disponer de servicios apropiados y accesibles; incluidos los cuidados urgentes y de emergencia, la consulta de cuidados médicos y los servicios de intervención en crisis 24 horas al día, 7 días a la semana.

USTED TIENE DERECHO a recibir asistencia para presentar una queja relacionada con su atención en AHS por parte de nuestro Coordinador de quejas, que está a su disposición para ayudarle a resolver sus quejas o preocupaciones.

Tiene derecho a recibir información de su terapeuta sobre los métodos de terapia, las técnicas utilizadas, la duración de su terapia (si se conoce) y la estructura de las tarifas. Puede buscar una segunda opinión de otro terapeuta o terminar la terapia en cualquier momento. En una relación profesional, la intimidad sexual nunca es apropiada y debe ser reportada a la Junta que registra, certifica o licencia al registrante, titular de certificado o licenciatarario.

En general, la información proporcionada por y al cliente durante las sesiones de terapia es legalmente confidencial y no puede divulgarse sin el consentimiento de este. Existen excepciones a esta confidencialidad, algunas de las cuales se enumeran en el artículo 12-43-218 de los Estatutos Revisados de Colorado, así como otras excepciones en la legislación de Colorado y en la federal. Por ejemplo, los profesionales de la salud mental están obligados a informar a las autoridades sobre los abusos a menores. Si surge una excepción legal a la confidencialidad durante la terapia, se le informará de ello siempre que sea posible.

Sus registros de tratamiento por consumo de alcohol o drogas están protegidos por el Reglamento Federal de Confidencialidad, Título 42 C. F. R., Parte 2, que rige la Confidencialidad de los Registros de Pacientes que Abusan del Alcohol y las Drogas. La información confidencial no puede divulgarse sin su autorización por escrito, salvo que la normativa disponga lo contrario.

DERECHOS ADICIONALES PARA LOS MIEMBROS DE MEDICAID (solo servicios de salud mental):

USTED TIENE DERECHO a recibir información por escrito sobre los servicios disponibles y otros proveedores de ese servicio que estén en la red de Medicaid.

USTED TIENE DERECHO a elegir cualquier proveedor de la red de proveedores y a solicitar que se considere la inclusión de un proveedor concreto en la red.

USTED TIENE DERECHO a recibir un servicio cubierto fuera de la red sin costo alguno para usted si el servicio cubierto no está disponible o no está disponible de manera oportuna en AHS.

USTED TIENE DERECHO a solicitar que se incluya un proveedor específico en nuestra red.

USTED TIENE DERECHO a que se le informe si su proveedor de AHS deja de atender a los miembros de Medicaid o tiene cambios en los servicios.

USTED TIENE DERECHO a ejercer libremente todos estos derechos y el ejercicio de los mismos



no afectará negativamente la forma en que le traten en AHS, el Rocky Mountain Health Plan, el Departamento de Política y Finanzas de Atención Médica de Colorado o cualquier otro organismo regulador, de supervisión o de contratación.

SUS RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE:

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de proporcionar información demográfica completa y precisa para la creación de un registro médico, la cual puede incluir, pero no limitarse a: su nombre completo, dirección, un número de teléfono fiable en el que se le pueda localizar, fecha de nacimiento, raza/etnia y número de Seguridad Social.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de proporcionar información completa y precisa sobre su compañía de seguro médico, cobertura, empleador (si es aplicable) y de pagar cualquier suma que sea responsabilidad del paciente que se deba a AHS por los servicios prestados de manera oportuna.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de conocer las prestaciones de su seguro y de saber cómo utilizarlas eficazmente. Es posible que haya asistencia para la selección de la cobertura de Medicaid u otros planes bajo Connect for Health Colorado, solicite ayuda.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de proporcionar información completa y precisa sobre su salud, su historial médico, su estado actual, sus enfermedades pasadas, sus estancias en el hospital, sus medicamentos, sus vitaminas, sus productos de herbolario, el uso de sustancias legales o ilegales y cualquier otra información relacionada con su salud, incluidos los riesgos de seguridad a los que se enfrenta. Es posible que se requiera la entrega de información a otros proveedores para que su atención pueda ser coordinada y administrada adecuadamente por AHS.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de hacer preguntas cuando no entienda la información o las instrucciones y si cree que no puede seguir los elementos de su plan de cuidados o quiere cambiar su plan de cuidados: usted es responsable de discutirlo con su proveedor.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de participar activamente en su plan de cuidados y de mantener a sus proveedores informados sobre la eficacia de su tratamiento tal como fue diseñado.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de ser un socio en su cuidado: siguiendo el plan que usted y su proveedor han acordado, participando en su tratamiento, trabajando hacia las metas en su plan de cuidado y tomando los medicamentos según lo acordado entre usted y su proveedor.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de acudir a las citas, de ser puntual y de llamar a reprogramar o cancelar si no puede acudir a sus citas.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de proporcionarnos una copia de sus voluntades anticipadas.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de tratar a todo el personal de AHS, a otros pacientes y a los visitantes con cortesía y respeto en todo momento.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de cooperar con Rocky Mountain Health Plan, el contratista de Health First Colorado que trabaja con su proveedor. Puede llamar a Rocky Mountain Health Plan al 1-800-221-3943 para hacer preguntas sobre la elección de un proveedor o para concertar su primera cita.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD Para los exámenes de niño sano (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) para los clientes menores de 21 años, estamos obligados a preguntar si se encontró algún problema de salud mental en la última visita médica o examen de niño sano de su hijo. Queremos abordar los problemas que se encontraron y coordinar la atención con su médico de atención primaria (PCP). Su proveedor le pedirá que firme una autorización de información si es necesario. Si su hijo no se ha sometido a un examen de niño sano en el último año, su terapeuta le sugerirá que programe una cita. Si no tiene un PCP o desea un nuevo PCP, puede programar una cita en una de las Clínicas Integradas de AHS o llamar a Health Colorado. Para obtener ayuda en Denver, llame al 303-839-2120; fuera de Denver, llame al 1-888-367-6557 (la llamada es gratuita). TTY 1-888-876-8864.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La protección de la información de salud y el acceso a la misma se rigen bajo los términos de la normativa federal y los estatutos estatales y pueden ser complicados de entender. El Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso) de AHS describe cómo se puede proteger, utilizar o divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información sobre usted o sobre alguien que le haya autorizado a obtenerla. Revíselo detenidamente y tenga en cuenta que no todos los servicios detallados en este Aviso están disponibles en todos los centros de AHS. Si tiene alguna pregunta relacionada con la privacidad de la atención médica y las protecciones asociadas, pregunte a su proveedor, que le ayudará a aclararla o le remitirá al personal de AHS que pueda hacerlo. Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Revíselo cuidadosamente. AHS se compromete a garantizar que los pacientes tengan un acceso rápido y fácil a su información médica.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1.º de septiembre de 2021:

Axis Health System (AHS) entiende que la información de atención médica sobre usted y su salud es personal y privada. La información de atención médica obtenida por AHS en el curso de su tratamiento y cuidado será tratada como confidencial y protegida en la mayor medida permitida por la ley. Este aviso describe las formas en que se puede poner a disposición su información médica o acceder a ella cuando usted es un paciente y usuario de servicios de salud.

AHS crea un registro de datos demográficos, atención y servicios prestados y otros documentos relevantes para cada paciente en una historia clínica electrónica. AHS utiliza esta historia clínica para proporcionar una atención de alta calidad y cumplir con todos los requisitos legales. Este Aviso se aplica al contenido de las historias clínicas generadas o conservadas por el personal de AHS, incluidos todos los profesionales de la salud de AHS autorizados a introducir información en su historia clínica de AHS.

Como proveedor de asistencia médica, AHS está obligado a:

- Mantener la privacidad de su información médica en los términos de la ley;
- Informarle de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de AHS con respecto a su información; y
- Seguir los términos del Aviso de AHS que está actualmente en vigencia.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

AHS utiliza y divulga la información sobre la atención médica en las formas permitidas por la ley. El uso y la divulgación de información médica protegida (protected healthcare information, PHI) son apropiados y están permitidos en las siguientes circunstancias:

- I. **TRATAMIENTO:** para proporcionar los servicios de tratamiento médico que usted busca/necesita a los profesionales de la salud que participan en su atención.
- II. **PAGO:** para apoyar la facturación y el cobro a los pagadores correspondientes. Por ejemplo, AHS puede requerir la divulgación de su PHI a su compañía de seguros en relación con el tratamiento que recibió para efectos del pago del reclamo correspondiente o informar a su pagador sobre los servicios recomendados o planificados para obtener la autorización previa requerida.
- III. **OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** para las actividades de operaciones de AHS necesarias para apoyar las normas de calidad de la atención obligatoria. Por ejemplo, su PHI puede utilizarse para controlar la calidad de los servicios, la formación y evaluación del personal, la presentación de informes obligatorios a organismos estatales o federales, las revisiones médicas, el ejercicio de demandas legales, las funciones de auditoría, los programas de cumplimiento, la acreditación, la certificación, la concesión de licencias y las actividades de acreditación.
- IV. **RECORDATORIO DE CITA:** para contactarlo a usted para una cita o para el seguimiento de la atención, en función de las preferencias de contacto que nos proporcione.
- V. **INFORMACIÓN O RECURSOS RELACIONADOS CON LA SALUD:** para su médico u otros proveedores de atención médica con el fin de recomendar opciones o alternativas de tratamiento, o para informarles sobre posibles interacciones entre medicamentos, problemas de dosificación, efectos secundarios y cuestiones relacionadas con su tratamiento.
- VI. **RECAUDACIÓN DE FONDOS:** AHS puede revelar información de identificación sobre usted para los esfuerzos de recaudación de fondos de AHS. Antes de hacerlo, AHS se pondrá en contacto con usted para obtener su permiso.

ACCESO PROTEGIDO Y LAS LIMITACIONES DE DIVULGACIÓN ASOCIADAS:

Existen limitaciones al acceso a la información del paciente y a la divulgación de la misma en relación con el tipo de tratamiento y/o la edad del paciente. La PHI del paciente se protege de forma diferente en las siguientes circunstancias:

- I. **TRATAMIENTO POR EL USO DE SUSTANCIAS:** La confidencialidad de los registros relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, la derivación para el tratamiento o la prevención del consumo de alcohol o drogas está protegida por las leyes y reglamentos federales (Título 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para las leyes federales y Título 42 C.F.R. parte 2 para los reglamentos federales). La violación de la ley y los reglamentos federales por parte de un programa es un delito. Las sospechas de infracción pueden denunciarse a las autoridades competentes de acuerdo con la normativa federal. La ley y los reglamentos federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un paciente en el programa o contra cualquier persona que trabaje para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito. Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre la

sospecha de abuso o negligencia infantil de ser reportada bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales apropiadas.

- A. **TODAS LAS EDADES:** Por lo general, AHS, como proveedor de servicios por consumo de sustancias, no puede revelar a nadie fuera de AHS que usted es un paciente ni revelar ninguna información que lo identifique como consumidor de alcohol o drogas, a menos que esta revelación:
- Tenga su consentimiento por escrito; o
 - Esté permitida en virtud de una orden judicial apropiada; o
 - Se haga al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para la auditoría de la investigación o la evaluación del programa; o
 - Se deba a una amenaza que usted haga de cometer un delito en AHS o contra el personal de AHS.
- B. **MENORES DE EDAD:** Los pacientes menores de edad pueden dar su consentimiento a los servicios por consumo de sustancias de AHS (es decir, firmar los formularios de inscripción necesarios) independientemente de que también se haya obtenido el consentimiento de un padre o tutor. Los padres o tutores legales de estos pacientes no pueden tener acceso a la información sobre el tratamiento por consumo de sustancias de sus hijos sin una autorización escrita del paciente.

II. TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL:

- A. **MENORES - 12 AÑOS O MÁS:** Los pacientes de 12 años o más pueden dar su consentimiento para los servicios de salud mental de AHS (es decir, firmar los formularios de inscripción necesarios) independientemente de que se haya obtenido también el consentimiento de un padre o tutor. En esta circunstancia, la PHI del paciente no puede revelarse al padre o tutor sin la autorización escrita del paciente. Se puede notificar a los padres o al tutor legal sin el consentimiento del menor si, según la opinión de los profesionales, el menor es incapaz de gestionar su cuidado o tratamiento y se notificará a los padres o al tutor legal cada vez que un menor exprese cualquier intención de suicidio.

III. OTRAS PROTECCIONES EXIGIDAS POR LA LEY:

- A. **INFORMACIÓN SOBRE EL VIH - Todas las edades:** toda la PHI relativa al VIH se mantiene estrictamente confidencial y solo se puede divulgar de conformidad con los requisitos de la ley estatal de Colorado 25-4-1404. La divulgación de cualquier PHI que haga referencia a la condición de seropositivo de un paciente solo puede hacerse con una autorización escrita del paciente específica para esta condición.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR - Todas las edades: los pacientes menores de edad pueden dar su consentimiento a los servicios de planificación familiar de AHS (es decir, firmar los formularios de inscripción necesarios) independientemente de que también se haya obtenido el consentimiento de un padre o tutor. Los padres o tutores legales de estos pacientes no pueden tener acceso a la información sobre la planificación familiar de sus hijos sin una autorización escrita del paciente.

ACCESO PERMITIDO DE LOS PADRES/TUTORES A LA INFORMACIÓN MÉDICA DE UN NIÑO MENOR DE EDAD: Si un menor no da su consentimiento a los servicios aplicables de forma independiente (es decir, no firma los formularios de admisión necesarios) y un padre o tutor legal es el firmante de estos

formularios, la persona que da su consentimiento tiene derecho a acceder a la información médica protegida del paciente. El acceso de los padres o tutores a la información médica de un menor varía, pero generalmente se permite en las siguientes circunstancias:

I. TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS:

- Cuando la divulgación que se solicita es para un paciente menor de 15 años;
- Cuando, a juicio del proveedor, el menor no tiene la capacidad de decidir racionalmente si autoriza la notificación;
- Cuando la divulgación es necesaria para proteger la vida o el bienestar del menor o de otras personas; o
- Cuando la información médica esencial es necesaria para que los padres/tutores tomen decisiones informadas en relación con la salud en nombre de un menor.

II. TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL:

- Cuando la divulgación que se solicita es para pacientes menores de 12 años;
- Cuando el proveedor o el supervisor determinen que, dadas las circunstancias, es apropiado notificar a los padres/tutores, incluso si el paciente tiene 12 años o más y ha dado su aprobación para el tratamiento de forma independiente (el proveedor puede decidir proporcionar o negar el acceso a los padres o tutores si esa decisión es coherente con la ley estatal o local, y un profesional de la salud con licencia que ejerza su juicio profesional sea quien tome la decisión); o
- Cuando un paciente tiene 12 años o más, ha dado su consentimiento de forma independiente para el tratamiento y ha designado al padre o tutor como su representante personal (una persona con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del individuo).

III. PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Solo se permite cuando se autoriza la divulgación de esta información con el consentimiento escrito del menor.

IV. MENOR EMANCIPADO:

Solo se permite cuando se autoriza la divulgación de esta información con el consentimiento escrito del menor emancipado.

DIVULGACIONES PERMITIDAS REALIZADAS SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

Las leyes federales y estatales permiten y/o exigen que AHS divulgue información de salud que lo identifique (excepto la información sobre el abuso de sustancias o el VIH) sin su autorización en las siguientes situaciones:

I. RIESGOS PARA LA SALUD PÚBLICA (salud y seguridad para usted u otros): para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, la de otra persona o del público.

Por ejemplo, para:

- Evitar lesiones o discapacidades;
- Informar nacimientos o decesos;

- Informar de las reacciones a los medicamentos u otros productos a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o a otra entidad autorizada;
- Notificar a los ciudadanos el retiro del mercado de medicamentos que AHS sabe que pueden estar tomando;
- Notificar a una persona la posible exposición o el riesgo de contraer una enfermedad o afección;
- Evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad; o
- Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si se sospecha de maltrato, negligencia o violencia doméstica cuando lo exija o autorice la ley.

II. ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN MÉDICA: a un organismo de supervisión médica según lo autorice o exija la ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias y son necesarias para que el gobierno controle la atención y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

III. DEMANDAS Y DISPUTAS: en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa si usted está involucrado en la demanda o acción legal.

IV. CUMPLIMIENTO DE LA LEY: para fines de cumplimiento de la ley según lo exigido por la ley o en respuesta a una orden judicial y en ciertas condiciones, un emplazamiento, orden judicial, citación o proceso similar; para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; sobre una muerte resultante de una conducta delictiva; sobre delitos en las instalaciones o contra un miembro de nuestra plantilla; y en circunstancias de emergencia, para informar sobre un delito, la ubicación, las víctimas o la identidad, descripción o ubicación del autor de un delito.

V. FORENSES, EXAMINADORES MÉDICOS Y DIRECTORES DE FUNERARIAS: AHS puede revelar información de salud a un forense o a un examinador médico para ayudar a identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte, o a directores de funerarias, según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

VI. INTELIGENCIA Y SEGURIDAD NACIONAL: cuando así lo exija la ley para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional; o la protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de Estado extranjeros.

VII. SERVICIOS DE EMERGENCIA: cuando se considere oportuno en caso de emergencia.

VIII. SEGÚN LO EXIJA LA LEY: AHS divulgará información de salud sobre usted que no esté específicamente indicada aquí cuando lo exija la ley federal, estatal o local.

NOTA: Las leyes estatales y federales exigen que AHS denuncie las sospechas de abuso o negligencia infantil a las autoridades competentes.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED: Las leyes federales y estatales otorgan al paciente los siguientes derechos relacionados con su PHI:

- I. DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR:** usted o su representante legal tienen derecho a inspeccionar o hacer copias de la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención.

Para inspeccionar, copiar o divulgar una copia de su información médica de AHS, póngase en contacto con el Departamento de Gestión de Información Médica llamando al 970.828.2526 o pregunte en su centro de atención para obtener ayuda para rellenar los formularios correctos. Todos los formularios de solicitud deben ser rellenados de forma completa y legible, firmados y fechados antes de cualquier divulgación. Los pacientes pueden acceder a su expediente médico de forma gratuita (una vez por año calendario) y en las siguientes formas o formatos, si se pueden generar con facilidad:

- Papel, correo electrónico, eFax, un portal para pacientes; o
- Consulta de expedientes a través de la supervisión informática del Gerente de Gestión de Información Médica.

II. SOLICITAR LA MODIFICACIÓN DE SU HISTORIA CLÍNICA: Si cree que el registro de información médica que tiene AHS es incorrecto o está incompleto, en algunos casos puede tener derecho a que se modifique el registro. Usted tiene derecho a solicitar una modificación mientras su información médica sea conservada por AHS.

Para solicitar una modificación a la información de su expediente médico, debe completar el formulario "Request to Amend Protected Health Information" (solicitud de modificación a información médica protegida) de AHS y presentarlo al Director de Cumplimiento Normativo de AHS, 281 Sawyer Drive, Suite 100, Durango CO 81303. Debe aportar documentación suficiente y un motivo que respalde y evalúe su solicitud. AHS puede denegar su solicitud de modificación si la información contenida en la solicitud:

- No fue creada por AHS;
- Se refiere a la información que no se conserva en o para los expedientes médicos de AHS;
- No forma parte de la historia clínica que se le permite inspeccionar o copiar;
- No es una información exacta y completa, aceptable para su inclusión en el expediente médico;
- o
- El personal que creó la información ya no está disponible para hacer una modificación.

AHS le responderá con respecto a su solicitud de modificación con nuestra determinación correspondiente por escrito dentro de los siguientes 60 días.

III. SOLICITAR UNA RELACIÓN DE LAS DIVULGACIONES: Tiene derecho a solicitar una relación de las divulgaciones relacionadas con su expediente médico. La relación no incluirá la información que se haya divulgado con base en su permiso escrito ni las divulgaciones permitidas para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Para solicitar una relación, debe enviar una solicitud por escrito al Gerente de Gestión de Información Médica de AHS, 281 Sawyer Drive, Suite 100, Durango CO 81303. Su solicitud debe incluir lo siguiente para ser procesable: incluir un lapso específico para hacer la relación, limitar el periodo de divulgación a seis años o menos.

IV. SOLICITAR RESTRICCIONES: Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que AHS utiliza o divulga sobre usted, lo cual no obliga a AHS a aceptar su solicitud en ninguna circunstancia. Hay dos escenarios de "solicitud de restricción":

- A. AHS debe aceptar su solicitud de restricción cuando esta sea para restringir la divulgación de su información médica a un plan de salud (su compañía de seguros) en lo que respecta a las operaciones de atención médica si la restricción de la información médica se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica que se le haya

proporcionado y usted haya pagado a AHS directamente antes de recibir el artículo o servicio de atención médica. Para solicitar esta restricción, debe rellenar y enviar el formulario de denegación de facturación al seguro. Esta restricción debe solicitarse en el formulario correspondiente para todos los servicios que desee restringir.

- B. Cualquier otra solicitud de restricción, que no se relacione con la presentación de reclamos a su plan de salud, debe hacerse por escrito al Director de Cumplimiento Normativo de AHS. En su solicitud, debe indicarnos qué información desea limitar y a quién desea que se aplique la limitación. AHS le comunicará por escrito y en un plazo de 60 días la decisión final sobre esta solicitud.

NOTA: Si AHS acepta una restricción solicitada por el paciente, el cumplimiento de su solicitud no se extenderá a una circunstancia que implique un tratamiento de emergencia para usted.

V. SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Usted tiene derecho a solicitar que AHS se comunique con usted en relación con asuntos de salud de una manera determinada o en un lugar determinado y debe especificar cómo o dónde desea que se le contacte. AHS atenderá todas las solicitudes razonables.

VI. SOLICITAR UNA COPIA EN PAPEL DE ESTE AVISO: Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Puede solicitar una copia del Aviso actual en cualquier momento a cualquier empleado de AHS.

Tarifas de expedientes médicos:

I. PACIENTES

Axis Health System brinda a los pacientes o su representante personal/legal acceso a su información médica electrónica en un formato electrónico, de forma gratuita y sin demora, de acuerdo con la Norma Final de la Ley de Curas del Siglo XXI, en vigor a partir del 5 de abril de 2021. Los pacientes o su representante personal/legal pueden obtener copias impresas y se les cobrarán las tarifas establecidas por HITECH y el estado de Colorado. Se cobrarán tarifas razonables a las solicitudes facturables de expedientes médicos por parte del paciente:

- \$25.00 por hora para todas las solicitudes estándar de copias impresas de expedientes médicos mantenidos electrónicamente, más el costo de los suministros y el franqueo correspondiente.
- Para los expedientes médicos que se mantienen de forma impresa y que se soliciten en formato impreso o electrónico, se cobrarán tarifas que permita el estado de Colorado (Estatutos Revisados de Colorado [Colorado Revised Statutes, CRS] 25-1-801). Comuníquese con el departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management, HIM) para obtener un presupuesto.
 - \$18.53 para las primeras diez páginas (1-10)
 - \$0.85 por página para las siguientes 30 páginas (11-40)
 - \$0.57 por página para las páginas 41 y superiores (más de 41)
 - Tarifa adicional de \$10.00 por certificación de expedientes médicos
 - Costo de los suministros de medios portátiles, si corresponde, es decir, CD o unidad flash

Requerimos pago por adelantado. Se aceptan cheques y tarjetas de crédito. Una vez que se reciba el pago, se tramitará la solicitud y se entregarán los expedientes en la forma especificada. Si no puede pagar las copias de sus expedientes médicos, tiene derecho a inspeccionar sus expedientes de forma



gratuita (Título 45 de los CFR 164.524 (a)(3)) o puede recibir copias electrónicas de manera gratuita. Comuníquese con el departamento HIM para obtener más información.

II. TERCEROS

Está permitido divulgar expedientes médicos a un tercero que inicie una solicitud de PHI en su propio nombre con una autorización que cumpla con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (con sus enmiendas) (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (Título 45 de los CFR 165.508) y mediante el pago de tarifas razonables (CRS 25-1-801). Se cobrarán las copias de los expedientes médicos almacenados en cualquier formato y divulgados en cualquier formato:

- \$18.53 para las siguientes diez páginas (1-10)
- \$0.85 por página para las siguientes 30 páginas (11-40)
- \$0.57 por página para las páginas 41 y superiores (más de 41)
- Tarifa adicional de \$10.00 por certificación de expedientes médicos
- Costo de los suministros de medios portátiles, si corresponde, es decir, CD, unidad flash

Requerimos pago por adelantado. Se aceptan cheques y tarjetas de crédito. Una vez que se reciba el pago, se tramitará la solicitud y se entregarán los expedientes en la forma especificada.

DENEGACIÓN DE ACCESO: Se le puede negar el acceso a inspeccionar la totalidad o parte de su historia clínica si los proveedores de AHS consideran que dicha divulgación es perjudicial para su atención. Si se le niega el acceso a alguna parte de su expediente médico, puede solicitar que la denegación sea revisada por el Director de cumplimiento de AHS. La información sobre cómo iniciar ese proceso de revisión se proporcionará por escrito en el momento de la denegación inicial.

CAMBIOS EN ESTE AVISO: Axis Health System (AHS) se reserva el derecho de cambiar los términos del Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, NPP) y hacer que las nuevas disposiciones del Aviso entren en vigor para toda la PHI que mantenemos. AHS revisará nuestro Aviso al menos una vez al año. Si, en cualquier momento, determinamos que hay un cambio material en nuestras prácticas de privacidad o se modifica la ley de tal manera que se requiera un cambio en nuestro Aviso, revisaremos el mismo, le pondremos la fecha con la fecha de entrada en vigor de la revisión, publicaremos el Aviso revisado en nuestros sitios, luego aplicaremos los cambios (a menos que un cambio en la ley requiera que apliquemos el cambio antes) y proporcionaremos el Aviso revisado de acuerdo con esta Política. Se puede obtener una copia de este Aviso a pedido en persona durante el horario laboral en cualquier sede de AHS en o después de la fecha de entrada en vigor de cualquier revisión. No es necesario ningún reconocimiento para proporcionarle un Aviso revisado a un paciente que ha recibido una versión anterior de nuestro Aviso. Los pacientes también pueden acceder a nuestro Aviso revisado en nuestro sitio web www.axishealthsystem.org.

INFORME O PLANTEAMIENTO DE UNA SOSPECHA DE INFRACCIÓN DEL PRESENTE AVISO: Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, llame a nuestra línea de información general al (970) 259-2444 y pregunte por el Coordinador de Quejas de AHS o por el Director de Cumplimiento Normativo. También tiene derecho a documentar su queja o preocupación sobre una posible violación por escrito al Director de Cumplimiento de AHS, 281 Sawyer Drive #100, Durango, CO 81303. Si no podemos resolver su problema, también tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o a través de www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.



No se pondrá en peligro la calidad de su atención ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

OTRAS CUESTIONES RELACIONADAS CON EL USO, LA DIVULGACIÓN Y EL ACCESO:

Otros usos, divulgaciones y acceso a la información de salud no cubiertos por este Aviso que se aplican a AHS solo se harán con su permiso por escrito. Si proporciona este permiso, puede revocarlo por escrito en cualquier momento. Usted entiende que AHS no puede revocar ninguna divulgación hecha con su permiso antes de una revocación. AHS conservará copias de cualquier permiso o revocación por escrito.

AVISO DE INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD (eHIE)

AHS respalda, apoya y participa en el intercambio electrónico de información de salud (electronic Health Information Exchange, eHIE) a través de la Organización Regional de Información de Salud de Colorado (Colorado Regional Health Information Organization, CORHIO) para mejorar la calidad de su experiencia de salud y atención médica. El eHIE le proporciona a AHS (cuando corresponda) una manera de compartir información clínica electrónicamente de forma segura y eficiente con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en la red del HIE. El uso del HIE ayuda a todos sus proveedores de atención médica a compartir información de forma más eficaz y brindarle una mejor atención. La red del HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores de tratamiento tengan acceso inmediato a los datos médicos disponibles sobre usted que pueden ser esenciales para su atención. Poner su información de salud a disposición de sus proveedores de atención médica a través del HIE también puede ayudar a reducir sus costos al eliminar la duplicación innecesaria de exámenes y procedimientos.

Puede optar por no participar informando a AHS y firmando un formulario de exclusión de la CORHIO o directamente a través de la CORHIO (el formulario firmado y notariado debe enviarse a la CORHIO) https://www.corhio.org/library/documents/For_Patients/corhio_opt_out_request_web_updated2.pdf Los pacientes pueden optar por volver a participar en cualquier momento al firmar el "Formulario de participación" de la CORHIO. Para obtener información adicional, visite el sitio web de la CORHIO: www.corhio.org

Reconocimiento de la información recibida

AHS se adhiere a todas las regulaciones estatales y federales que se aplican al acceso, la protección, la divulgación y el uso de su información de salud contenida en nuestros registros. Esta información también está disponible para usted en el *Aviso de prácticas de privacidad de AHS*, que se incluye en el *Manual del paciente*. He leído los siguientes avisos relacionados con el uso, la divulgación, el acceso y las protecciones correspondientes a mi expediente de atención médica. Entiendo que esta clínica participa en el HIE electrónico y, por la presente, autorizo la divulgación de expedientes médicos al HIE como respaldo a mi tratamiento y según sea necesario para procesar reclamos que tengan relación con el mismo. Actualmente, mis resultados de laboratorio se intercambian de forma rutinaria en el HIE. También comprendo que los detalles sobre las protecciones de privacidad de mi expediente se encuentran en el *Aviso de prácticas de privacidad* de AHS. Esta y la siguiente información están disponibles para mí electrónicamente mediante una solicitud por correo electrónico, en el sitio web de AHS www.axishealthsystem.org o al solicitar una copia impresa en cualquiera de las ubicaciones de nuestras clínicas:

Política de citas médicas
Política de reclamos de salud conductual
pacientes
Aviso de prácticas de privacidad
Cómo elegir un proveedor de atención médica

Política de reclamos médicos
Derechos y responsabilidades de los
Voluntades anticipadas
Manual del paciente

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta):

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta):
