

COBERTURA DE SEGURO

Medicaid/Medicare

MaineCare: _____
(Medicaid) MaineCare ID N.º Nombre del asegurado

Medicare: _____
 Medicare ID N.º Nombre del asegurado

Seguro comercial/privado

_____/_____/_____
Nombre del suscriptor Fecha de nacim. Parentesco con el paciente

Nombre de la compañía de seguros ID N.º Grupo N.º Fecha de vigencia

Dirección Ciudad Estado C. Postal

No tengo seguro médico y deseo inscribirme en el Programa de Ayuda Financiera (*Financial Assistance Program*) en Greater Portland Health.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA/PERSONA DE APOYO

1) _____
Apellido 1.º nombre Parentesco Fecha de nacim.

Dirección N.º teléf. * ¿Es paciente de Greater Portland Health?

SÍ NO

2) _____
Apellido 1.º nombre Parentesco Fecha de nacim.

Dirección N.º teléf. * ¿Es paciente de Greater Portland Health?

SÍ NO

****Si el paciente es menor de 18 años de edad, complete el área sombreada a continuación****

X _____
Firma del paciente / Padre/madre/tutor legal

Fecha

**Consentimiento general
para tratamiento**
180 Park Avenue Portland Maine 04102

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Greater Portland Health (en adelante, “GPH”) es un centro médico comunitario que presta atención médica integrada para la salud física y conductual, incluso servicios dentales y los relacionados con VIH/SIDA, a los pacientes independientemente de su edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, color, raza, origen étnico, credo, país de origen, religión, discapacidad física o mental o condición de veterano. GPH utiliza un registro médico electrónico que incluye en un solo lugar toda su información médica. A fin de brindarle el mejor cuidado posible, sus proveedores de GPH pueden ver cualquier parte de su registro médico correspondiente a su tratamiento, lo cual puede incluir sus antecedentes de salud física, mental, dental y/o de consumo de sustancias.

1. **Consentimiento general para tratamiento:** Al firmar a continuación, autorizo a los proveedores de atención médica de GPH a hacerme exámenes, pruebas de diagnóstico y procedimientos para evaluar las condiciones del cuidado de mi salud, como así también a prestarme la atención (incluso el tratamiento de emergencia), los servicios o las terapias que se necesiten para brindarme diagnóstico y tratamiento en forma efectiva. Comprendo que mi o mis proveedores de cuidados médicos tienen la responsabilidad de explicarme la naturaleza de lo propuesto en materia de cuidado, tratamiento, servicios, medicamentos recetados, intervenciones sugeridas o procedimientos. Antes de someterme a cualquier procedimiento o prueba, mi o mis proveedores me explicarán los beneficios potenciales, los riesgos o efectos secundarios, incluso los posibles problemas que podrían presentarse durante la recuperación, la probabilidad de éxito, otras opciones y los riesgos o efectos secundarios asociados con dichas alternativas, y también información sobre los posibles resultados de optar por no cumplir el tratamiento recomendado.
2. **Derecho a rehusar tratamiento:** Al otorgar mi consentimiento general para tratamiento, comprendo que puedo rehusar todo examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento que mi o mis proveedores de cuidados médicos recomienden o consideren necesarios por razones médicas, y comprendo que asumo plena responsabilidad sobre las decisiones que tome sobre mi propio cuidado médico y las consecuencias de dichas decisiones.
3. **Responsabilidad de pago:** Comprendo que debo pagar a GPH todo cargo resultante de mi tratamiento. Solicito que los beneficios cubiertos y autorizados se paguen en mi nombre a GPH por dichos servicios. Comprendo que GPH puede revelar información médica sobre mí, incluso la relacionada con VIH/SIDA, el abuso de sustancias (excepto la información limitada por la ley) y tratamiento de salud mental a mi o mis compañías de seguro a fin de verificar los mencionados beneficios.
4. **Revelación de información de atención médica:** Comprendo que, en sujeción a ciertas condiciones, puedo solicitar que se limite la revelación de información, solicitar que GPH me envíe información confidencial a una dirección, un número telefónico u otro medio para recibir la información, pedir —mediante solicitud escrita— ver u obtener copias de mi información médica protegida, y comprendo que tengo otros derechos con respecto a mi información médica tal como se establece en el Aviso de prácticas de privacidad.
5. **Aviso de prácticas de privacidad:** Comprendo que GPH debe conservar mi información médica confidencial, pero que puede usar legalmente dicha información con el propósito de brindarme tratamiento, obtener el pago por servicios que me presten o coordinar el cuidado que necesito, o bien para las actividades internas y necesarias de GPH.
6. **HealthInfoNet:** HealthInfoNet (HIN) es un sistema electrónico, seguro y estandarizado en el que los proveedores de atención médica en todo el estado de Maine pueden compartir información importante sobre el paciente, lo cual otorga las herramientas que necesitan para tomar decisiones más fundamentadas sobre el tratamiento. Se trata de un programa de exclusión voluntaria por lo cual, al firmar el presente formulario de consentimiento, se otorga permiso para acceder a su información médica en HIN. Si desea obtener más información o excluirse del programa, le pedimos que lo solicite a uno de nuestros representantes de servicios al paciente en la recepción.
7. **Reglas para la conducta correcta:** Greater Portland Health debe ser un ambiente seguro y respetuoso para todos, tanto clientes, como empleados, visitantes y voluntarios. Es inaceptable toda conducta que haga de la clínica un espacio inseguro, abusivo o amenazante. Ante tales conductas, Greater Portland Health tomará las medidas correspondientes, incluso un contrato de atención colaborativa y el posible cese en la práctica médica.
8. **Firma:** Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. Si tengo cualquier pregunta sobre mi consentimiento, consultaré a mi proveedor antes de firmar este formulario.

Firma del paciente _____

Fecha _____

(Si es menor de 18 años, debe firmar el padre/la madre/el tutor legal)

Firma del testigo _____

Fecha _____



Greater Portland Health
Confirmación de recibo del Aviso de prácticas sobre información médica

De conformidad con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA - *Health Insurance Portability and Accountability Act*) de 1996, he recibido el Aviso de prácticas sobre información médica de Greater Portland Health.

CON LETRA DE IMPRENTA

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del cliente/
padre/madre o
tutor legal:

Fecha: _____



AVISO DE PRÁCTICAS SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA

En este aviso se describe cómo puede usarse y revelarse su información médica y cómo usted puede acceder a dicha información. Por favor examínelo atentamente.

Comprenda su registro médico e información médica

Cuando usted visita Greater Portland Health, se documenta un registro de la visita. Dicho registro puede contener sus síntomas, los resultados del examen y las pruebas, el diagnóstico, el tratamiento y un plan para su cuidado y servicios en el futuro. Dicha información, denominada registro de salud/médico, es parte esencial de los cuidados y servicios de salud que le brindamos. La información sirve como:

- Base para planear su cuidado y tratamiento.
- Medio de comunicación con profesionales médicos que participan en su cuidado.
- Documento legal que describe el cuidado y los servicios que usted obtiene.
- Comprobación a terceros pagadores (compañía de seguros) de que se prestaron los servicios.

Sus derechos con respecto a su información médica

A pesar de que su registro de salud es propiedad física de Greater Portland Health, la información le pertenece a usted. Según las reglas federales de privacidad, usted tiene derecho a:

- Recibir un aviso sobre el uso y la revelación de su registro de salud/médico, incluso una copia impresa del aviso si se solicita.
- Solicitar restricciones sobre el uso y la revelación de su información médica, o solicitar que le enviemos sus comunicaciones confidenciales por otro medio.
- Inspeccionar y obtener una copia de su registro.
- Solicitar que se enmiende su registro de salud.

Nuestras responsabilidades

Greater Portland Health tiene la obligación de:

- Mantener la privacidad de su información médica.
- Darle a usted un aviso sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de Greater Portland Health con respecto a la información de salud que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir los términos de este aviso.
- Obtener su consentimiento antes de revelar su información de salud/médica.

Greater Portland Health se reserva el derecho a cambiar y revisar estas prácticas sobre la privacidad para mantenerse en cumplimiento de la legislación federal y estatal. Si eso se exigiera, los pacientes/clientes recibirán un nuevo **Aviso de prácticas sobre información médica** en la próxima visita.

Revelaciones autorizadas sin consentimiento debido a asuntos de prioridad nacional

Greater Portland Health está autorizada a utilizar y revelar su información médica sin su consentimiento:

- Cuando lo exija la ley estatal o federal.
- A autoridades, como funcionarios médicos gubernamentales, la Administración de Alimentos y Fármacos, organismos policiales, organizaciones de obtención de órganos, peritos médicos, en relación con indemnizaciones por accidentes de trabajo, cuando lo requieran ciertas funciones gubernamentales especiales, incluso las fuerzas armadas y situaciones similares y otras agencias a cargo de la prevención o el control de enfermedades.

Acuerdo para asistencia médica

Greater Portland Health está afiliada a Community Care Partnership of Maine (en adelante, "CCPM"), que constituye un "acuerdo para asistencia médica" orientado a mejorar la salud de las comunidades donde presta servicios. Los afiliados de CCPM, en colaboración con las compañías de seguros, recurren a análisis de la salud poblacional, evaluación de servicios prestados, actividades de valoración y mejora de la calidad, así como otras estrategias basadas en la evidencia a fin de mejorar el cuidado de su salud. Los afiliados son recíprocamente responsables por la salud de todos los pacientes atendidos por CCPM. Las entidades que constituyan este acuerdo para asistencia médica incluyen a los siguientes centros médicos y hospitales comunitarios: Cary Medical Center, DFD Russell Medical Center, Fish River Rural Health, Katahdin Valley Health Center, Mayo Regional Hospital, Millinocket Regional Hospital, Nason Health Care, Pines Health Services, Penobscot Community Health Center, Greater Portland Health, Sebasticook Family Doctors y St. Joseph Healthcare. El acuerdo para asistencia médica de CCPM permite que dichas entidades cubiertas por separado, incluso Greater Portland Health, compartan entre sí la información médica protegida según sea necesario para cumplir tratamientos autorizados, para las actividades de pago o atención médica relativas al trabajo del acuerdo para asistencia médica, a menos que de otra manera sea limitado por la legislación, reglas o reglamentos. La lista de entidades podrá actualizarse para incluir a entidades nuevas en el futuro. Usted puede consultar la lista más actualizada en el sitio web www.ccpmmaine.org/members o si llama al 207-992-9200.

Para obtener más información o para reportar un problema

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141. www.greaterportlandhealth.org. Si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el Funcionario de Privacidad y Seguridad (*Privacy and Safety Officer*) en la dirección anterior o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos (*Secretary of Health and Human Services*), Washington, DC. No se tomarán represalias por presentar una queja.



Acuerdo para el cuidado del paciente

Horario de atención

1. El horario de atención de Greater Portland Health figura a continuación según cada centro médico:
 - a. 180 Park Avenue

Lunes, miércoles, jueves	de 8 a.m. a 7 p.m.
Martes, viernes	de 8 a.m. a 5 p.m.
Sábado	de 8 a.m. a 12 p.m.
 - b. 63 Preble (Atención médica para personas sin vivienda)

Lunes-viernes	de 7:45 a.m. a 3 p.m.
---------------	-----------------------
 - c. 211 Cumberland Ave (Franklin Towers)

Martes, jueves, viernes	de 8 a.m. a 12 p.m.
-------------------------	---------------------
 - d. 59 Riverton Drive (Riverton Park)

Lunes, martes, jueves, viernes	de 8 a.m. a 5 p.m.
--------------------------------	--------------------
 - e. 100 Brick Hill Ave, South Portland (The Castle)

Martes, viernes	de 8 a.m. a 5 p.m.
-----------------	--------------------

Para obtener su cita inicial

1. A fin de brindarle el mejor servicio como paciente de Greater Portland Health, le pedimos que, durante esta primera cita, llene los formularios del paciente nuevo. Si necesita ayuda para llenar los formularios, uno de los empleados podrá asistirle.
2. A ningún paciente se le negará el cuidado por su incapacidad de pago. Si no tiene seguro, haremos una cita inicial de admisión con un consejero de asistencia financiera para asegurarnos de que su atención médica sea costeable para usted. Tenemos un programa de descuento por escala móvil de tarifas (programa “SFSD”, por las iniciales en inglés) basado en los ingresos de los pacientes sin seguro. Si usted solicita ser considerado para nuestro programa SFSD, deberá presentar el comprobante de ingresos de su grupo familiar. Eso puede incluir:
 - Una copia de su declaración jurada de impuestos más reciente, el libro de contabilidad de su trabajo por cuenta propia, el formulario W-2 actual de su grupo familiar o una copia de sus talones de cheque salarial. Le pedimos que traiga 4 talones de cheque salarial si usted y su familia cobran un salario semanal y que traiga 2 talones si usted cobra un salario bisemanal. Necesitaremos los talones de cheque salarial correspondientes a todos los miembros de su familia que estén empleados.
 - Una copia de cheques de TANF, de cheques de SSI/SSDI, de cheques de jubilación, de declaraciones de beneficios de la Administración de Veteranos, de pagos por desempleo, de indemnización por accidente de trabajo, de seguro social, y estados de cuenta bancarios o depósitos directos correspondientes a cualquiera de los ingresos mencionados.
 - Un comprobante de pensión alimenticia o de manutención de hijos que usted pague o reciba.
 - Si cualquier miembro de su grupo familiar recibe asistencia de City General Assistance (GA), le pedimos que traiga el comprobante de dicha asistencia.
 - Si recibe asistencia de un familiar o amigo, le pedimos que traiga una carta de apoyo.
 - Documentos sobre ingresos por alquileres e ingresos que generen intereses.

La información de los ingresos debe actualizarse, como mínimo, una vez al año.

Si no se recibe la documentación sobre los ingresos, se aplicarán las tarifas completas.

3. Sírvase llenar el Formulario de revelación de información y entréguenos el nombre, la dirección, el número telefónico y el número de fax de su o sus proveedores médicos anteriores a fin de asegurarnos de tener la información necesaria para prestarle el mejor cuidado posible. Nos gustaría recibir todos sus registros de salud, incluso los de vacunación.
4. Se le requiere llegar 10 minutos antes de todas las citas programadas.
5. Es obligatorio traer con usted la tarjeta del seguro a cada cita.
6. Los copagos deben pagarse en la ocasión de la visita.

Política sobre citas no cumplidas

1. Comprendemos que a veces surgen conflictos y hay que reprogramar las citas. Requerimos que se nos informe con 24 horas de anticipación para que podamos reprogramar su cita y poner la cita cancelada a disposición de otro paciente.
2. Una cita se considera no cumplida si:
 - El paciente no se presenta a la cita.
 - El paciente llega más de 10 minutos tarde a la cita.
 - El paciente cancela o reprograma la cita con menos de la anticipación requerida.
3. Después de tres citas no cumplidas dentro de un periodo de 12 meses, se exigirá a los pacientes que programen citas para el mismo día y ya no se les ofrecerá programar citas con mayor anticipación.

Política financiera

1. Se ha previsto recibir el pago en la ocasión en que usted obtiene los servicios. Si usted tiene seguro o participa en nuestro programa de descuento por escala móvil de tarifas, le pediremos que pague un copago.
2. Si no puede pagar su tarifa en la ocasión del servicio, se lo facturaremos y usted podrá solicitar un plan de pago. Siempre que usted cumpla con un plan de pago establecido de buena fe, continuaremos prestándole servicios. La negativa a pagar o a coordinar un plan de pago puede ser causa de alta en el centro médico y de que se refiera su cuenta a una agencia externa de cobranza.
3. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard y Discover.
4. Aceptamos casi todo seguro comercial, MaineCare, Medicare y Tri-Care.
5. Se aplica un cargo de 20 dólares por todo cheque devuelto por falta de pago.
6. Usted tiene la obligación de notificar a Greater Portland Health de que cierto tratamiento está relacionado con una lesión (un caso de seguro de indemnización por accidente de trabajo).
7. Para las pruebas de laboratorio, trabajamos con NorDx. Si usted tiene seguro, NorDx le facturará a su seguro por todas las pruebas de laboratorio realizadas. NorDx le facturará a usted por todo otro cargo no cubierto por su seguro. Si usted participa en nuestro programa de descuento por escala móvil de tarifas, NorDx aceptará nuestra tarifa móvil según los ingresos de su grupo familiar y le facturará los cargos según el descuento correspondiente. Si usted no le paga a NorDx el costo de las pruebas de laboratorio, puede que NorDx envíe su factura a una agencia de cobranza. Si tiene preguntas sobre el costo de las pruebas de laboratorio, consulte a nuestro personal.

Para visitar a un proveedor

1. Si usted necesita programar una cita, le pedimos que llame durante nuestro horario habitual de atención y aguarde en línea para hablar con un representante de servicios a pacientes.
2. Si usted tiene una pregunta médica general con respecto a un medicamento o su salud, o una necesidad médica urgente durante nuestro horario de atención, le pedimos que llame a nuestra oficina y marque la opción 3.
3. Si tiene una necesidad médica urgente cuando el centro médico está cerrado, puede llamar a nuestra línea principal al 207-874-2141 y ser transferido al enfermero que responde fuera del horario habitual.
4. Si tiene una emergencia médica, llame al 9-1-1.

Repetición de recetas

1. Le pedimos que aguarde 48 horas para que procesemos todas las solicitudes de repetición de recetas. Usted tiene la responsabilidad de notificar a nuestra oficina antes de que se le agoten los medicamentos.
2. Si no tiene una cita programada con su proveedor y necesita medicamentos, puede solicitar algunas repeticiones de medicamentos por teléfono. Le pedimos que llame durante el horario y presione **3 (tres)** para hablar con un asistente médico.
3. Las recetas de sustancias controladas no se repetirán por teléfono.

Referencias a otros proveedores

1. Si su proveedor lo refiere a otro médico o proveedor para que le brinde atención, nuestro personal se encargará de coordinar la referencia. Es muy importante que usted cumpla todas las citas con los demás proveedores, ya que, si no puede cumplir la cita, llamar y reprogramarla es responsabilidad suya.

Política sobre sustancias controladas

1. Los proveedores de Greater Portland Health no recetarán sustancias controladas para el dolor crónico. Debido al alto potencial de uso indebido de narcóticos u otras sustancias controladas, los proveedores limitarán el uso de estos a situaciones inusuales.

INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA

Por la presente autorizo la revelación de la información médica privada (PHI, por las iniciales en inglés) necesaria para gestionar un reclamo ante mi compañía de seguros y cedo al médico o grupo médico indicado en el reclamo los beneficios que de otro modo me serían pagaderos a mí. Una copia de la firma a continuación tiene tanta validez como la original.

Al firmar a continuación usted declara que la información que ha entregado es verdadera, que usted autoriza a GREATER PORTLAND HEALTH a verificar dicha información y autoriza la entrega de la información a proveedores referentes o mutuos de atención médica. Usted también acepta autorizar a GREATER PORTLAND HEALTH a compartir información demográfica y datos sobre ingresos a otorgantes estatales, federales y privados según sea necesario. Asimismo, usted acepta que asume la responsabilidad financiera del saldo completo de sus cargos si hace el pago directo, del saldo de sus cargos después de cualquier descuento que se haya aplicado, así como de todo deducible, copago o cualquier servicio que no cubra su seguro médico. Toda información proporcionada que se descubra que es falsa actualmente o en el futuro podría considerarse como fraude, de lo cual usted sería responsable. También se le ha entregado una copia de la Declaración de derechos del paciente, el Contrato de atención al paciente y el Aviso de prácticas de privacidad (Ley HIPAA). Su firma también servirá para confirmar que ha recibido y comprendido estos documentos y para ratificar que usted entregó la información que contiene este formulario.

Yo, el abajo firmante, certifico que tengo cobertura de seguro y cedo a Greater Portland Health todos los beneficios de seguro que de otro modo me serían pagaderos a mí. Comprendo que asumo la responsabilidad financiera de todos los cargos, ya sea que los cubra o no el seguro. Por la presente, autorizo a la entidad médica mencionada a revelar toda la información necesaria para obtener el pago de los beneficios. Autorizo, además, el uso de mi firma en la presentación de toda documentación de seguros.

X _____
Firma del asegurado / Parte responsable / Paciente / Padre/madre/tutor legal **Fecha**

Nombre (letra de imprenta) **Fecha de nacim**