



Community Counseling Program  
9239 W Center Road, Suite 201  
Omaha, NE 68124-1900  
402.354.6891  
Fax: 402.354.8046  
[www.BestCare.org/CCP](http://www.BestCare.org/CCP)

### Bienvenidos al Programa de Consejería Comunitaria de Methodist

Hemos servido a la comunidad de Omaha y a las escuelas del área con el mejor cuidado por más de 25 años. Nuestros servicios de terapia de salud de comportamiento son ofrecidos por Consejeros de Salud Mental Acreditados ubicados en su vecindad.

Por favor, sírvase completar y enviar los siguientes formularios:

- Inscripción de Cliente
  - Incluya información de seguro y copia/imagen de ambos lados de la tarjeta de seguro
- Autorización y consentimiento para Tratamiento
- Confirmación de Recibo de Aviso de Privacidad
- Autorización para Dar a Conocer Información, (solicitado pero no es obligatorio) a:

Médico de Cabecera, para coordinar todo lo concerniente a la salud (si aplica). La escuela de su niño(a) donde se realizará la consejería para poder coordinar los servicios.

El Programa de Consejería Comunitaria de Methodist acepta la mayoría de los seguros privados, Medicaid y pago por cuenta propia. Hay disponible asistencia financiera para quienes califican para asegurarnos de que **a nadie se le negará los servicios si no puede pagar**. Si usted tiene preguntas o necesita mayor ayuda, por favor llame al (402) 354-6891.

Agradecemos que haya escogido al Programa de Consejería Comunitaria de Methodist donde usted nos importa.







**INFORMACIÓN DE SEGURO**

¿Tiene el cliente/tutor un proveedor de seguro?  Sí  No

¿Tiene el cliente Medicaid?  Sí  No Número de Medicaid \_\_\_\_\_

Es Medicaid la  Principal o  Secundaria cobertura de seguro

Plan de Medicaid:  Número de Póliza Healthy Blue \_\_\_\_\_  
 Número de Póliza de Plan Comunitario UHC \_\_\_\_\_  
 Número de Póliza NE Total Care \_\_\_\_\_

Tengo un plan de Medicare / reemplazo de Medicare y estoy consciente de que no reembolsará los servicios.

**INFORMACIÓN DE SEGURO PRINCIPAL**

Llene la información abajo e incluya una copia por ambos lados de su(s) tarjeta(s) de seguro para facturación.

Relación del asegurado con el Cliente:  Mismo  Cónyuge  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_  
mm/dd/yyyy

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono en Casa \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Condición Laboral:  Militar Activo  Tiempo Completo  Desempleado  Medio Tiempo  Jubilado  Independiente  Desconocido

Empleador \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Fecha Vigente \_\_\_\_\_ # de Identificación del Miembro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO**

Relación del Asegurado con el Cliente:  Mismo  Cónyuge  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_  
mes/día/año

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono en Casa \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Condición Laboral:  Militar Activo  Tiempo Completo  Desempleado  Medio Tiempo  Jubilado  Independiente  Desconocido

Empleador \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

# de Grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_ # de Identificación de Miembro \_\_\_\_\_

Para uso del consejero únicamente: (For Counselor use only: )

CCP COUNSELOR \_\_\_\_\_ Counseling Location \_\_\_\_\_

Paperwork Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date Scanned \_\_\_\_\_

Business office Use only Entered into EAPX \_\_\_\_\_ Scanned documents to EAPX \_\_\_\_\_



**Programa Comunitario de Consejería de Methodist Hospital**  
**Autorización y Consentimiento para Tratamiento**



Yo, el abajo cliente firmante, padre y/o acudiente legal \_\_\_\_\_ de nombre del/la menor), por este medio doy mi autorización y consentimiento anuente a lo siguiente por la duración de la atención de consejería.

**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE CONSEJERÍA**

Doy mi consentimiento, ya sea para mí o para el/la menor arriba mencionado(a), para recibir atención de consejería y tratamiento. Esto incluye o puede incluir;

Entiendo que las sesiones pueden ser cara a cara o a través de telehealth. Individual, Familia, Consejería de parejas/relacional, Grupo

Entiendo los posibles riesgos sicológicos involucrados en la sicoterapia y entiendo que la sicoterapia no es una ciencia exacta y que los resultados no se pueden garantizar. La sicoterapia es a menudo beneficiosa, pero como con cualquier tratamiento, hay riesgos inherentes. Durante la terapia, el cliente puede tener discusiones sobre asuntos personales que pueden traer a la superficie emociones incómodas tales como enojo, culpabilidad y tristeza. Algunos de los posibles beneficios son la mejoría de las relaciones personales, reducción en los sentimientos de angustia emocional y solución de problemas específicos. No se me ha prometido nada sobre los resultados del tratamiento.

Autorizo, ya sea para mí o para el/la menor arriba mencionado(a), a tener registros electrónicos para propósito de capacitación y supervisión de personal.

Además autorizo al Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital (MHCCP, por sus siglas en inglés), cualquier compañía de seguros o cualquier otra institución u organización a divulgar cualquier información necesaria para completar los formularios de seguro para la determinación de los beneficios pagables. Una fotocopia de esta autorización tendrá igual validez que su original.

Me han informado sobre las credenciales, certificaciones, experiencia, asociaciones profesionales, especialización y limitaciones del personal.

Entiendo que necesito dar información correcta sobre mi persona y/o el(la) menor arriba mencionado(a) a mi personal clínico para que se pueda obtener un tratamiento efectivo. También acepto tomar una participación activa en mi proceso de tratamiento.

Los riesgos, beneficios, efectos secundarios, alternativas de tratamiento así como las consecuencias del incumplimiento con el tratamiento han sido discutidas conmigo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

He leído y entiendo estos puntos y he recibido una explicación de este formulario de consentimiento:

λ \_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Cliente en Letra Imprenta

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre de Familia/Acudiente

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre de Familia/Acudiente en Letra Imprenta

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Testigo en Letra Imprenta

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Methodist Health System se compromete a ayudar a los pacientes y sus familias a resolver sus inquietudes sobre la atención, los tratamientos o las interacciones con el personal de manera rápida y adecuada. Lo invitamos a compartir toda inquietud, reclamo o queja que tenga con respecto a la conducción del sistema de salud.

Si sus inquietudes no se pueden resolver, comuníquese con:

Nebraska Methodist Hospital  
(402) 354-4441

Methodist Women's Hospital  
(402) 354-4441

Methodist Jennie Edmundson Hospital  
(712) 396-6222

Methodist Fremont Health  
(402) 727-3381

Methodist Physicians Clinic  
(402) 354-5609

Para presentar un reclamo formal, comuníquese con:

Nebraska:

Departamento de Salud y  
Servicios Humanos  
(402) 471-0316

Iowa:

Departamento de Inspecciones y  
Apelaciones de Iowa  
(515) 281-4115

Comisión Conjunta /

(exclusivo para el hospital)  
(800) 994-6610

Nebraska Methodist Health System

## Derechos y responsabilidades del paciente

---



## DERECHOS

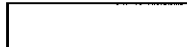
- 1. Acceso a la atención médica.** Los pacientes deben tener acceso imparcial a servicios o adaptaciones que estén disponibles y médicamente indicadas, independientemente de la raza, el color, el credo, el sexo, la orientación sexual, la identidad o expresión de género, la edad, la nacionalidad, la religión, la discapacidad o la fuente de pago de la atención.
  - 2. Respeto y dignidad.** Los pacientes tienen derecho a una atención considerada y respetuosa brindada por personal competente en todo momento y en todas las circunstancias, con el reconocimiento de la dignidad personal y el respeto de las creencias religiosas y culturales.
  - 3. Necesidades espirituales.** Los pacientes tienen derecho a acceder a una atención espiritual y a otros servicios espirituales.
  - 4. Privacidad y confidencialidad.** Los pacientes tienen el derecho, conferido por ley, a la privacidad personal y de la información.
  - 5. Seguridad personal.** Los pacientes tienen derecho a esperar un nivel de seguridad razonable en los hospitales y clínicas; a no ser víctimas de abuso mental y físico, negligencia, explotación, limitaciones químicas y/o físicas innecesarias y a tener acceso a servicios de protección.
  - 6. Identidad.** Los pacientes tienen derecho a conocer la identidad y la situación profesional de quienes les brindan atención.
  - 7. Consentimiento.** Los pacientes tienen derecho a ser informados de manera razonable y participar en las decisiones que involucren su atención médica, incluida la información relacionada con los procedimientos de donación de órganos.
  - 8. Información.** Los pacientes y sus familias, si corresponde, tienen derecho a obtener información actual y completa con respecto al diagnóstico, al tratamiento y al manejo del dolor por parte del médico tratante con el fin de participar en decisiones de atención y a recibir información sobre cualquier cambio en el plan de atención. Los pacientes tienen derecho a acceder a la información de su historia clínica.
  - 9. Comunicación.** Los pacientes tienen derecho a recibir información de un modo que ellos comprendan. Si es necesario para propiciar una comunicación efectiva, se ofrecerán los servicios de un intérprete calificado y/u otros servicios de comunicación sin costo alguno.
- 10. Consultas.** Los pacientes tienen derecho a consultar a un especialista mediante solicitud previa y asumiendo los costos correspondientes.
  - 11. Manejo del dolor.** Los pacientes tienen derecho a que se satisfagan sus necesidades de manejo del dolor a través de evaluaciones, intervenciones clínicas, nuevas evaluaciones y capacitación sobre el manejo adecuado del dolor.
  - 12. Negativa a recibir tratamiento.** Los pacientes pueden rechazar, aceptar o limitar el tratamiento en la medida que lo permita la ley, y serán informados de las consecuencias médicas de su negativa a recibir tratamiento.
  - 13. Desacuerdos.** Los pacientes tienen derecho a esperar que Methodist Hospital aborde los desacuerdos que puedan surgir entre los pacientes, las familias, el personal y los médicos del hospital o de la clínica en relación con las decisiones sobre la atención.
  - 14. Directivas anticipadas.** Los pacientes tienen derecho a formular directivas anticipadas y exigir que el personal y los profesionales que proveen atención cumplan con dichas directivas.
  - 15. Traslado y continuidad de la atención.** No se trasladará a los pacientes a otro centro médico sin una explicación detallada de la necesidad del traslado, los riesgos y las alternativas al traslado, así como la aceptación del paciente por parte de la institución receptora.
  - 16. Prácticas de facturación.** A los pacientes se les cobrará únicamente por los servicios prestados. Los pacientes tienen derecho a solicitar y recibir una explicación desglosada de toda la factura, independientemente del origen del pago.
  - 17. Inquietudes y quejas de los pacientes.**
    - A. Los pacientes y sus familias tienen derecho a que sus inquietudes acerca de la atención, el tratamiento o las interacciones con el personal se resuelvan de forma rápida y adecuada. Los pacientes deben compartir cualquier inquietud, reclamo o queja con su proveedor de atención o el supervisor del departamento. Si no es posible resolver las inquietudes, los pacientes pueden llamar y pedir hablar con un administrador en los siguientes centros:
      - Methodist Hospital y Methodist Women's Hospital – (402) 354-4441
      - Methodist Jennie Edmondson Hospital – (712) 398-6222

- Methodist Fremont Health – (402) 727-3381
  - Methodist Physicians Clinic – (402) 354-5609
- B. Para presentar un reclamo formal en Nebraska, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (Nebraska Department of Health and Human Services) llamando al (402) 471-0316. En Iowa, comuníquese con el Departamento de Inspecciones y Apelaciones de Iowa (Iowa Department of Inspections and Appeals) al (515) 281-4115. O bien, comuníquese con la Comisión Conjunta (The Joint Commission) al (800) 944-6610, si corresponde.

## RESPONSABILIDADES

- 1. Información.** Los pacientes deben proporcionar información completa y precisa sobre dolencias actuales, enfermedades previas, hospitalizaciones, medicamentos, cambios en la atención médica y otros temas de salud.
- 2. Instrucciones.** Los pacientes son responsables de cumplir con las normas y los reglamentos correspondientes del hospital, respetar el plan de tratamiento recomendado por el proveedor y cooperar con el personal médico mientras este lleva a cabo el plan de atención. Los pacientes son responsables de asistir a las citas médicas y notificar al proveedor/hospital cuando no puedan hacerlo.
- 3. Negativa a recibir tratamiento.** Los pacientes son responsables de proporcionar copias de su testamento vital u otras directivas anticipadas a sus proveedores de atención médica. Los pacientes son responsables de sus acciones si rechazan el tratamiento o se niegan a cumplir las indicaciones del proveedor.
- 4. Cargos de atención médica.** Los pacientes son responsables de garantizar el pago oportuno de las obligaciones financieras de su atención médica.
- 5. Respeto y consideración.** Los pacientes son responsables de tener consideración con los derechos de otros pacientes y del personal del hospital y de ayudar en el control del ruido y la cantidad de visitas. Los pacientes también deben respetar los bienes de los demás y del hospital.
- 6. Objetos de propiedad personal.** Los pacientes son responsables de todas sus pertenencias u objetos de valor que estén en su posesión (p. ej., joyas, dispositivos electrónicos, teléfono, dinero, etc.).

**PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL EMPLEADO BEST CARE AVISO  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**



**ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN LA QUE SU INFORMACIÓN CLÍNICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y LA MANERA EN LA QUE USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

El contenido de este aviso se aplica a los siguientes programas o servicios que están afiliados como parte del Sistema de Salud Metodista, al Programa de asistencia al empleado Best Care (Best Care EAP, por sus siglas en inglés), y a aquellos que comparten prácticas informativas similares:

- **Sistema de Salud de Methodist**  **Programa de asistencia al empleado Best Care**
- **Programa de asistencia al licenciario de Nebraska**  **Programa de asesoría comunitaria**

**La información de contacto para el Asistente de Privacidad de MHS se encuentra a continuación:**

**Asistente de Privacidad – (402) 354-6863 [compliance@nmhs.org](mailto:compliance@nmhs.org)**

Los programas y servicios mencionados anteriormente intercambiarán su información clínica, según el caso, para llevar a cabo el tratamiento y funciones de servicios de salud.

Comprendiendo su expediente/información clínica

Cada vez que tenga una cita con un consejero de uno de los programas mencionados anteriormente, se hará un registro de su visita.

#### Sus derechos

Aunque su expediente de cliente pertenece al programa o servicio que lo recopiló, usted tiene ciertos derechos con respecto a su información clínica.

Para ejercer cualquiera de los siguientes derechos, sírvase contactar al Asistente de Privacidad al número antes mencionado:

- Usted tiene derecho a que su información clínica se mantenga segura y a que se utilice únicamente para propósitos legítimos.
- Usted tiene derecho a recibir este aviso de privacidad que le explica cómo puede usarse o divulgarse su información clínica.
- Usted tiene derecho a saber quién ha visto su información clínica durante los últimos seis años y con qué propósito. Si usted realiza solicitudes adicionales referidas a ese tema durante cualquier período de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.
- Usted tiene derecho a ver y recibir una copia o resumen de todos sus expedientes clínicos en el formato que usted solicite (electrónico y/o en papel) excepto por notas de psicoterapia. La solicitud de la copia de su expediente debe presentarse por escrito. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de sacar o realizar de dicha copia.
- Usted tiene derecho a solicitar una corrección o enmienda a sus expedientes si cree que contienen algún error. Si no podemos cumplir con su solicitud, le notificaremos el motivo por escrito, en un plazo de 60 días. Usted también tiene derecho a solicitar que se incluya en su expediente una declaración de desacuerdo. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir documentación de apoyo.
- Usted tiene derecho a solicitar que no utilicemos o compartamos cierta información clínica que considere especialmente delicada para ser usada en asesorías, pagos o para las funciones de nuestros servicios clínicos. También tiene derecho a solicitar que no compartamos información con su aseguradora médica si usted paga de su bolsillo el monto total del servicio o artículo. Sin embargo, no estamos obligados a atender su solicitud salvo según lo especificado más adelante.
- Usted tiene derecho a recibir un aviso en caso se filtre su información clínica protegida no asegurada.
- Usted tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales pidiéndonos que lo contactemos o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente. Cumpliremos con todas las peticiones razonables.
- Usted tiene derecho a elegir a alguien que lo represente. Si usted le otorga un poder notarial médico a alguien, o si tiene un tutor legal, nosotros nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

#### Sus opciones

Usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- compartamos su información con su familia, amigos y terceros involucrados en su cuidado;
- compartamos su información para operaciones de socorro en casos de desastre;
- lo contactemos para iniciativas de recaudación de fondos.

En estos casos, jamás compartiremos su información a menos que usted nos dé autorización por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información
- Compartiendo los apuntes de sicoterapia

Tenemos que proporcionarle a usted su información de salud, según lo indica este Aviso. Usted también puede darnos una autorización por escrito para utilizar su información de salud o divulgarla para cualquier propósito. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento contactando al Asistente de Privacidad al número mencionado anteriormente, pero su revocación no afectará cualquier uso o divulgación hecha por nosotros con el respaldo de su autorización. Sin su consentimiento por escrito, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud por cualquier razón con excepción de los aquí descritos.

#### Nuestras responsabilidades

También tenemos ciertas responsabilidades. Estas incluyen:

- mantener la privacidad y seguridad de su expediente clínico;
- proporcionarle una copia de este aviso;
- cumplir con los términos de este aviso;
- notificarle en caso de que ocurra una filtración que pueda comprometer su información;
- no usar o compartir su información salvo para lo descrito en este aviso, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza a compartirla, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento; indíquenos por escrito si cambia de opinión.

Nosotros podríamos modificar este aviso cuando nuestras prácticas informativas cambien. Cualquier modificación será aplicable a toda la información en el expediente, sin importar si fue recopilada antes o después de la entrada en vigor del cambio. Sin embargo, antes de cambiar nuestras prácticas, se publicará una copia del nuevo aviso en las oficinas de Best Care EAP y en nuestro sitio web. La fecha de entrada en vigencia de nuestro aviso siempre aparecerá al final de este.

## **Nuestros usos y difusiones para el Tratamiento, Pago y las Operaciones del Cuidado de la Salud**

Le solicitaremos su permiso por escrito para usar o difundir su información para su tratamiento, pago o para funciones de programas de salud cuando alguna ley estatal o federal así nos lo indique. Sin embargo, también hay situaciones en las que podríamos usar o difundir su información para tratamiento, pago y para funciones de programas sin su permiso.

### *Podríamos usar o divulgar su información para fines clínicos.*

Por ejemplo: la información obtenida por integrantes de su equipo clínico será documentada en su expediente y se utilizará para determinar el curso de su cuidado clínico. Su médico, su supervisor médico y la gerencia de Best Care EAP podrían comunicarse entre sí de forma personal y a través de su expediente de cliente para coordinar su tratamiento. Estos intercambios pueden llevarse a cabo a través de redes de información electrónicas.

### *Podríamos usar o divulgar su información para propósitos de facturación*

Por ejemplo: podríamos proporcionarle a su médico o a otro proveedor de servicio copias de informes que podrían ayudarles a determinar su tratamiento futuro. También podríamos divulgar su información a otro proveedor de servicio para propósitos de facturación o para sus funciones de cuidados de salud. Podríamos enviarle la factura a usted o a su aseguradora. Su factura podría contener información que le identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y materiales empleados. Sin embargo, si usted paga en efectivo por los servicios clínicos y solicita por escrito que no entreguemos la información a su aseguradora médica, cumpliremos con su solicitud a menos que alguna ley nos exija compartir esta información con ellos.

### *Podríamos usar o divulgar su información clínica con el fin de administrar los programas y para prácticas empresariales internas.*

Por ejemplo: Los miembros del personal de la clínica o los miembros del equipo de mejoramiento de calidad puede usar la información en su registro de salud para evaluar su cuidado y los resultados. Esta información se utiliza en nuestros esfuerzos permanentes para mejorar la calidad y efectividad de los servicios y cuidado de la salud que proporcionamos.

### **Otras divulgaciones que podrían realizarse sin su autorización**

Salvo que por algún motivo se nos impida hacerlo, también podríamos usar o divulgar su información sin su autorización con los siguientes propósitos:

**Proveedores afiliados:** algunos servicios de nuestro programa se realizan a través de arreglos contractuales con proveedores afiliados. Estos incluyen evaluaciones, asesoría, capacitación, consultoría, orientación y otros servicios relacionados. Cuando los servicios son proporcionados por un afiliado, podríamos compartir su información para brindarle el servicio que se nos ha solicitado y ellos podrían facturarnos esos servicios. Nuestros proveedores afiliados deben usar las salvaguardas adecuadas para proteger su información clínica.

**Socios comerciales:** algunos servicios de nuestra organización son proporcionados a través de acuerdos contractuales con socios comerciales. Cuando los servicios son prestados por un socio comercial, podríamos divulgar su información clínica con nuestro socio comercial para que pueda llevar a cabo el trabajo que se le ha solicitado. Además, podríamos divulgar su información clínica a agencias de acreditación y a ciertos consultores externos. Nuestros socios comerciales deben usar las salvaguardas adecuadas para proteger su información clínica.

**Salud pública:** cuando la ley lo exija o lo permita, podríamos divulgar su información clínica a las autoridades de salud pública o a las autoridades legales responsables de evitar y controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o que lleven a cabo otras funciones de salud pública. Además, podríamos divulgar su información clínica para evitar amenazas graves a la salud o a la seguridad.

**Funciones gubernamentales especializadas:** podríamos divulgar su información clínica para actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacional y a operaciones gubernamentales especiales que se les parezcan, según lo exija o permita la ley.

**Orden público:** podríamos divulgar su información clínica para fines policiales, según lo exija o permita la ley o en respuesta a una citación judicial, una orden judicial u otro efecto vinculante válido.

**Divulgaciones exigidas por ley:** podríamos usar o divulgar su información clínica como lo exige la ley siempre y cuando dicho uso o divulgación cumpla y se limite a los requisitos relevantes de dicha ley.

**Agencias de supervisión médica:** podríamos divulgar su información de salud a las agencias de supervisión médica, autoridades de salud pública apropiadas o a abogados involucrados en actividades de supervisión médica.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** podríamos divulgar su información clínica para procedimientos judiciales o administrativos según lo exija o permita la ley, o en respuesta a una citación judicial, una orden judicial u otro efecto vinculante válido.

**Compensación del Trabajador:** Podemos divulgar su información de salud hasta donde se autorice y sea necesario cumplir con las leyes relacionadas a la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

**Notificación:** Podemos usar o divulgar información para notificar o ayudar en la notificación a un familiar, representante de su persona o cualquier otra persona responsable de su cuidado acerca de su ubicación y condición general.

**Comunicación con la Familia:** Podemos divulgar a un familiar, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante para que le compete a la persona en cuanto a su cuidado o pago relacionado con su cuidado.

Para obtener mayor información o para reportar un problema

Si tiene preguntas o si requiere información adicional, puede comunicarse con el Sistema de Salud de Methodist (MHS por sus siglas en inglés) con el Asistente de Privacidad al (402- 354-6863 o [compliance@nmhs.org](mailto:compliance@nmhs.org)). Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con el Asistente de Privacidad de MHS utilizando la información de contacto arriba mencionada o con la Oficina de Derechos Civiles enviando una carta a 200 Independence Avenue,

S.W. Washington, D.C. 120201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias si decide presentar una queja.

Fecha de entrada de vigencia: octubre de 2019

El Sistema de Salud Metodista de Nebraska cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, nación de origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-599-4863.





**ACUSE DE RECIBO POR ESCRITO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**  
*PRIVACY NOTICE WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT*

- Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de Methodist Health System. (Nota: mi firma no significa que he leído, comprendido o estoy de acuerdo con el aviso, sino únicamente que me lo han proporcionado).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o sustituto legal para la toma de decisiones  
(Patient/Patient's Legal Surrogate Decision Maker Signature)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo  
(Witness Signature)

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o sustituto legal para la toma de decisiones  
en letra de imprenta  
(Patient/Patient's Legal Surrogate Decision Maker Print Name)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo en letra de imprenta  
(Witness Print Name)

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente (Relationship to Patient)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora (Date/Time)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora (Date/Time)

**Documentation of Good Faith Effort**

- Attempted to distribute the Notice of Privacy Practices to the patient/parent/legal guardian, but the patient, parent, legal guardian declined to acknowledge the receipt to the Notice of Privacy Practices.
- Patient/Patient's Legal Surrogate Decision Maker stated they had already received the Privacy Notice at another Methodist Health System location.
- Patient/Parent/Legal Guardian directed to Methodist Health System website to view the Notice of Privacy Practices.
- The Notice of Privacy Practices was mailed to the patient/parent/legal guardian on \_\_\_\_\_ (date).
- Other \_\_\_\_\_

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**PERMANENT PART OF  
MEDICAL RECORD**

NMHS-1225SP  
REV.11/2020