



Infusión en el hogar

Paquete de bienvenida del paciente

Tabla de contenidos

Le damos la bienvenida..... 2

Medicamentos, suministros y resurtidos... 3

Farmacia para infusión en el hogar
Cómo ordenar sus medicamentos
Almacenamiento de medicamentos y suministros
Prueba de entrega (Acuse de recibo)
Desecho de medicamentos y suministros
Retirada de fármacos del mercado
Devolución de medicamentos y suministros

Seguridad de medicamentos..... 5

Lavado de manos y desinfectantes de manos
Control de infecciones

Seguridad en el hogar y medioambiental... 6

Seguridad medioambiental
Seguridad eléctrica y contra incendios
Emergencias relacionadas con el clima

Educación y resolución de problemas..... 7

Suministros estándar..... 9

Materiales de referencia..... 10

Proceso de quejas y reclamaciones
Declaración de derechos y responsabilidades del paciente
Consentimiento del paciente y asignación de beneficios
Voluntades anticipadas
Estándares para proveedores de Medicare para equipo médico duradero, prótesis, ortesis y suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés)
Aviso de prácticas de privacidad
Sus derechos en materia de discriminación



ECU Health Home Infusion (Infusión en el hogar)

Ubicación

Farmacia para infusión en el hogar de ECU Health
524 Moye Boulevard
Greenville, NC 27834

252-816-3088

866-816-3088 (llamada sin costo)

Horario de atención al público

Lunes a viernes
8:30 a.m. a 5 p.m.

Sábado y domingo

Únicamente personal de guardia



Welcome

Le damos la bienvenida a ECU Health Home Infusion!

Es un privilegio proporcionarle todas sus necesidades de infusión en el hogar.

Nuestro dedicado personal de farmacia entiende que su condición médica es compleja y que hay mucho que necesita saber cuando trabaja con su médico y compañía de seguros. Para asegurarnos de que obtenga el máximo beneficio de su terapia, le ofreceremos:

- Acceso al personal clínico las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Formación, educación y asesoramiento
- Entrega gratuita de medicamentos y recordatorios de resurtido de medicamentos
- Gestión de equipos y bombas
- Coordinación de la autorización previa (preaprobación) con su plan de seguro
- Ayuda para inscribirse en programas para ayudar con el costo de su medicamento

Esperamos poder ofrecerle el mejor servicio posible. ¡Gracias por elegirnos!

Atentamente,

Su equipo de Farmacia para infusión en el hogar de ECU Health

Quiénes somos

Misión

Mejorar la salud y el bienestar del este de Carolina del Norte

Visión

Convertirnos en el modelo nacional de salud y bienestar rural mediante la creación de un sistema de atención médica y educación de primer nivel y de confianza

Valores

Integridad • Compasión
Educación • Responsabilidad
Seguridad • Trabajo en equipo

Medicamentos, suministros y resurtidos

Farmacia para infusión en el hogar

La infusión en el hogar es la administración de medicamentos intravenosos (a través de una vena) desde la comodidad de su propio hogar. Es una alternativa segura y eficaz a las infusiones tradicionales en un entorno hospitalario para muchas condiciones médicas y tipos de terapia.

Un equipo dedicado de profesionales estará monitoreando su terapia a lo largo de su tiempo con nosotros. Si surge una emergencia clínica, contamos con personal de guardia las 24 horas del día para ayudarle.

Si tiene alguna pregunta sobre su medicamento, llame al 252-816-3088 – o al número sin costo 866-816-3088 – para hablar con un farmacéutico.

Cómo ordenar sus medicamentos

Un miembro del equipo de farmacia le llamará semanalmente para confirmar su actual inventario y programar los suministros necesarios para su próxima entrega. Si desea comunicarse con nosotros para pedir suministros o un resurtido de medicamentos, llame al 252-816-3088.

Para asegurarnos de que le estamos proporcionando los recursos que necesita para su terapia de infusión, le pedimos que nos proporcione un recuento de sus suministros cada semana. Su enfermero(a) de atención domiciliaria le enseñará cómo contar y registrar lo que tiene.

Nuestra farmacia también le llamará para hacerle saber cuándo se entregarán sus medicamentos, equipos o suministros.

Almacenamiento de medicamentos y suministros

- Guarde todos los suministros fuera del alcance de niños y mascotas.
- No almacene los suministros a nivel de piso.
- Consulte las instrucciones de almacenamiento en la etiqueta de todos los medicamentos y soluciones.
- Si su medicamento necesita ser refrigerado, limpie y despeje un área dedicada en su refrigerador para almacenarlo. Mantenga su medicamento lejos de alimentos y derrames.
- Coloque cualquier medicamento que requiere refrigeración en su refrigerador tan pronto como sea posible después de que llegue.
- Coloque un medicamento nuevo detrás de cualquier medicamento previamente entregado que todavía tenga en su refrigerador.
- Guarde los artículos que no requieren refrigeración en un lugar fresco y seco lejos de la luz solar directa y en un lugar en donde las temperaturas siempre estén por encima del punto de congelación.
- En condiciones invernales extremas, es posible que el envío contenga bolsas de hielo a temperatura ambiente para evitar que el medicamento se congele.

Prueba de entrega (Acuse de recibo)

La lista de embalaje incluido en su paquete tiene una lista detallada con la cantidad de medicamentos y/o suministros que ha recibido.

También sirve como prueba de entrega y se incluye como parte de su expediente médico en el caso de que su proveedor de seguros solicite esta información. Los proveedores de seguros médicos pueden auditar los expedientes médicos en cualquier momento para comprobar la entrega y pueden denegar el reembolso si la prueba de entrega no está disponible.

Si la entrega la realiza un repartidor, usted debe firmar, fechar y devolver la prueba de entrega al repartidor. Si su entrega fue dejada en su puerta sin requerir su firma, la lista de embalaje debe ser firmada, fechada y devuelta lo antes posible.

Si usted no firma y devuelve la lista de embalaje con prontitud, no podremos dejar futuras entregas en su puerta sin una firma de recibido. Alguien tendrá que estar disponible en el momento de la entrega para aceptar y firmar la prueba de entrega.

Desecho de medicamentos y suministros

- Deseche todas las agujas y jeringas en el contenedor para objetos punzantes proporcionado. Las agujas con dispositivo de seguridad pueden meterse en bolsa doble y depositarse en la basura del hogar.
- Coloque en doble bolsa todos los fármacos, bolsas/casetes de medicamentos usados, jeringas sin agujas, tubos, gasas/apósitos sucios, vendas y guantes, y deséchelos en la basura del hogar.
- Cuando su contenedor rojo para objetos punzantes esté casi a $\frac{3}{4}$ de su capacidad, llame a ECU Health Home Infusion para solicitar uno nuevo.
- Una vez que su contenedor rojo para objetos punzantes esté $\frac{3}{4}$ lleno, fije la tapa de forma segura y cierre la ventana deslizante. Una vez asegurado, el contenedor puede colocarse en la basura de su hogar para su desecho.

Retirada de fármacos del mercado

De vez en cuando, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) o un fabricante de medicamentos inicia la retirada de un medicamento o suministro cuando se identifica un riesgo para la seguridad del paciente. Su equipo de farmacia monitorea diariamente las retiradas. Si alguno de sus medicamentos es retirado del mercado, seguiremos las instrucciones de la FDA o del fabricante. Un miembro del personal de la farmacia de ECU Health Home Infusion le notificará a usted y a su médico tratante de la retirada del medicamento. Si sospecha que su medicamento ha sido retirado del mercado por la FDA, comuníquese con ECU Health Home Infusion para hablar con un farmacéutico sobre las acciones correctas a tomar. Trabajaremos con usted y su médico para encontrar una solución y coordinar la entrega de nuevos medicamentos y / o suministros para que su tratamiento no se interrumpa.

Devolución de medicamentos, suministros y bombas

La Junta de Farmacias de Carolina del Norte (North Carolina State Board of Pharmacy) prohíbe la devolución de cualquier medicamento o suministros a CUALQUIER farmacia para crédito y/o reutilización por otro paciente.

Los suministros enviados a su hogar son específicos para su terapia y no pueden ser reutilizados. Cualquier suministro sobrante puede quedarse con usted, ser desechado en su casa, o donado a un hospicio o agencia de enfermería local.

Las neveras térmicas y las bolsas de hielo no se pueden devolver. Nuestro personal de farmacia no puede retirar estos artículos de su hogar debido a las normas de seguridad y control de infecciones.

IMPORTANTE:

No tire la bomba de infusión ni los accesorios.

Las bombas y los accesorios tales como las unidades de alimentación, abrazaderas para porta sueros, etc. se le prestan para su uso mientras recibe terapia de infusión en el hogar. Cuando finalice su tratamiento, todo el equipo deberá ser devuelto a nuestra farmacia.

Si no devuelve estos artículos, es posible que se le pida que pague por ellos.

Si necesita que recojamos su bomba, llame al 252-816-3088 para hablar con un miembro del equipo de ECU Health Home Infusion.

Seguridad de medicamentos

Lavado de manos y desinfectantes de manos

La higiene de manos es uno de los pasos más importantes que puede tomar para evitar enfermarse y propagar gérmenes a otros. Muchas enfermedades y afecciones se propagan al no lavarse las manos con jabón y agua corriente limpia. El lavado adecuado de las manos incluye frotar la parte posterior de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas.

Siempre lávese las manos antes de preparar su medicamento.

Si no dispone de agua corriente limpia, use jabón y el agua que tenga disponible. Si no dispone de agua ni jabón, use un desinfectante de manos a base de alcohol con al menos 60% de alcohol.

Los desinfectantes de manos a base de alcohol pueden reducir rápidamente el número de gérmenes en las manos en algunas situaciones, pero los desinfectantes NO eliminan todos los tipos de gérmenes y NO son eficaces cuando las manos están visiblemente sucias.

Control de infecciones

Es importante detectar cualquier problema lo antes posible para prevenir complicaciones. Revise su sitio de acceso intravenoso diariamente para detectar signos de infección e informe de cualquier sospecha de infección a su enfermero(a) inmediatamente. Por ejemplo:

- Dolor
- Enrojecimiento
- Hinchazón
- Sensación de calor
- Drenaje en el lugar donde el catéter entra en su piel

Nunca use medicamentos o suministros que presenten signos de deterioro, fugas, decoloración, partículas visibles o si el medicamento ha pasado la fecha de caducidad en la etiqueta.

Siempre limpie los tapones de inyección con alcohol u otro antiséptico proporcionado antes de acceder al catéter, según lo enseñado por su enfermero(a).

Si su catéter intravenoso se afloja y ya no está asegurado correctamente, esto puede provocar complicaciones o una infección. Comuníquese con el personal de enfermería inmediatamente.

Para cualquier emergencia médica, llame al 911.

El personal clínico con formación adecuada en reanimación cardiopulmonar puede realizar medidas de reanimación si se produce una emergencia médica en su hogar. En caso de emergencia, el personal no clínico llamará al "911".

Seguridad en el hogar y medioambiental

Las emergencias y los desastres medioambientales pueden ocurrir en cualquier momento. Haremos todo lo posible para continuar los servicios sin interrupción y por informarle dónde se encuentra su entrega durante estas emergencias. Le pedimos que escuche la radio y la televisión para conocer las actualizaciones meteorológicas y la información/instrucciones de emergencia.

Seguridad medioambiental

- Repare o retire cualquier alfombra o tapete desgarrado, desgastado o deshilachado.
- Las alfombras o tapetes, de cualquier tamaño o lugar en el hogar, deben tener un respaldo de goma o estar asegurados al piso con cinta adhesiva de doble cara o contar con esteras de goma por debajo para evitar que se muevan.
- Coloque pasamanos y agarraderas para su seguridad.
- Utilice un taburete/banco resistente para alcanzar los artículos en estantes altos.
- Siempre almacene artículos pesados en los niveles más bajos.

Seguridad eléctrica y contra incendios

- Reemplace los cables pelados.
- No coloque cables por debajo de muebles o alfombras. No sobrecargue los cables de extensión.
- Las tomas eléctricas deben estar conectadas a tierra.
- No utilice múltiples adaptadores en las tomas de corriente eléctrica.
- No utilice una toma de corriente si echa chispa, si sale humo o si está muy caliente.
- Tenga siempre a la mano linternas y baterías de repuesto.
- Las normas de seguridad contra incendios recomiendan un detector de humo en cada planta de la casa.
- Revise a menudo las baterías en los detectores de humo.
- Elabore un plan de evacuación para salir de su hogar en caso de incendio.
- Asegúrese de que exista un camino despejado a todas las salidas. No bloquee las salidas con muebles o cajas.
- Tenga una llave accesible cerca de las puertas cerradas con cerrojo.
- Realice una inspección anual de las chimeneas para evitar acumulación de sustancias nocivas.
- No deje calentadores de queroseno, estufas de leña ni chimeneas desatendidas mientras estén en uso.
- No fume en la cama.

Consejos relacionados con el clima

Tormentas invernales

- Mantenga una reserva de emergencia de alimentos y agua en su hogar.
- Conserve la energía; cierre las habitaciones que no utilice.
- Vístase con ropa abrigadora y en capas.
- Tenga precaución al usar calentadores de queroseno o eléctricos.

Inundaciones

- Diríjase inmediatamente a terrenos elevados; evite las zonas con tendencia a inundarse.

Huracanes

- Elabore un plan de evacuación.
- Mantenga una reserva de emergencia de alimentos y agua en su hogar.
- Conozca los peligros del lugar donde vive. Disponga de una manera de monitorear las condiciones meteorológicas adversas y recibir alertas de emergencia.

Tornados

- Esté preparado para trasladarse al sótano. Si no hay sótano, vaya al nivel más bajo y métase en un baño, armario, pasillo interior o debajo de las escaleras.
- Manténgase alejado de puertas y ventanas.

Cortes de energía (Apagón eléctrico)

- Si su equipo funciona con corriente alterna con batería de respaldo, llame a la compañía eléctrica para informarles de su necesidad de restauración prioritaria de la energía.
- Tenga siempre baterías alcalinas de repuesto para su bomba de infusión.
- Infórmenos de cualquier corte de energía que dure más de seis horas; es posible que podamos suministrarle una batería o una bomba cargada.
- Llene una hielera con hielo para guardar todos los medicamentos que requieren refrigeración.

Educación y resolución de problemas

Además de los materiales educativos que le ayudarán a conocer su terapia y a saber cómo administrarla, ponemos a su disposición vídeos educativos para pacientes, previa solicitud.

Tenga en cuenta que no todas las terapias y bombas están cubiertas en estos videos. Estamos continuamente añadiendo nuevos videos, pero le rogamos que solo utilice aquellos que se refieren a su terapia y/o bomba.

Resolución de problemas con la terapia de infusión

Complicaciones asociadas al catéter venoso central

Existen distintos tipos de acceso venoso, incluyendo un PICC (catéter central insertado periféricamente), el Hickman (catéter central tunelizado), puertos, líneas medias y líneas periféricas. Su enfermero(a) de atención domiciliaria revisará su vía intravenosa y le enseñará cómo cuidarla. Dependiendo del tipo de línea que tenga, también puede usarse para obtener muestras de sangre para estudios de laboratorio. Al igual que con cualquier tipo de tratamiento, hay ciertos problemas que pueden ocurrir.

PROBLEMA	POSIBLE CAUSA	QUÉ HACER
Retirada accidental del catéter del tórax	El catéter ya no está en su lugar. ESTO REQUIERE UNA RESPUESTA DE EMERGENCIA.	Aplique presión firme en el sitio de salida y el área del pecho por encima con un apósito de gasa o un paño limpio, y a continuación llame al 911.
Dificultad para respirar, tos, ritmo cardíaco rápido	Estos son signos de un posible coágulo sanguíneo o émbolo pulmonar. ESTO REQUIERE UNA RESPUESTA DE EMERGENCIA.	Pince su catéter, luego acuéstese sobre su lado izquierdo con la cabeza plana y los pies elevados. Permanezca en esta posición mientras su cuidador llama al 911.
Hinchazón o dolor en el cuello, hombro, cara o brazo del lado del catéter	ESTO REQUIERE UNA RESPUESTA DE EMERGENCIA.	Deje de usar su catéter y asegúrese de que esté pinzado. Llame al 911 y a su enfermero(a) o médico de inmediato.
El catéter se mueve accidentalmente o se sale completamente del brazo	Si el catéter se mira más largo, si se ve un “corte” en el sitio de salida, o si el catéter ya no funciona, es posible que se haya desplazado.	No utilice el catéter. Si aparenta estar flojo, sujételo con cinta adhesiva a su piel. Si está sangrando o el catéter está completamente fuera del brazo, aplique una gasa limpia y presión en el sitio y llame a su enfermero(a) o médico de inmediato.
Dolor, enrojecimiento, sensación de calor, hinchazón o secreción similar al pus donde el catéter entra en la piel	Estos son signos de una posible infección.	Detenga su infusión. No comience una nueva infusión. Llame a su enfermero(a) o médico de inmediato.
Fiebre y/o escalofríos inexplicables	Esto es signo de una posible infección o de una reacción al fármaco.	Suspenda la infusión o no comience la infusión. Llame a su enfermero(a) o médico de inmediato.

PROBLEMA	POSIBLE CAUSA	QUÉ HACER
Fuga de líquido del catéter o de la vía intravenosa	Es posible que haya una conexión floja o puede haber daños en el catéter, como un agujero o una grieta.	Revise la conexión y apriétela si está floja. Si la fuga continúa, detenga la infusión – NO purgue la línea. Pince el catéter lo más cerca posible del sitio de inserción. Si es necesario, pellízquelo o dóblelo para pinzarlo. Algunos catéteres pueden ser reparados. Cubra el agujero o la grieta con una gasa estéril. Llame a su enfermero(a) o médico de inmediato. Nunca use tijeras ni objetos afilados cerca de su catéter.
Sangre en el catéter o en la tubería de infusión	Algo de sangre puede ser normal. Puede que haya una conexión floja o que su bolsa intravenosa no esté lo suficientemente alta.	Revise y apriete las conexiones. Coloque la bolsa más arriba. Si su medicamento no se infunde o si la sangre no se elimina de la línea, purgue la línea con solución salina. Si no puede purgar la línea, llame a su enfermero(a) o médico de inmediato.
Dificultad para purgar el catéter	El catéter puede estar pinzado, o su catéter podría tener un coágulo de sangre; esto puede tratarse.	Asegúrese de que el catéter no esté pinzado. Cambie de posición levantando los brazos, acostándose, tosiendo o respirando profundamente. Si aún no puede purgar el catéter, deje de usarlo y llame a su enfermero(a). Nunca use la fuerza para purgar el catéter.
Erupción cutánea o picazón, hinchazón de cara, manos o párpados, fiebre y sibilancias o falta de aire	Estos son signos y síntomas de una reacción alérgica.	Detenga la infusión, pince el catéter y no reinicie la infusión. Si la reacción es grave o si los síntomas empeoran, llame al 911. De lo contrario, llame a su enfermero(a) o médico inmediatamente.

Suministros estándar

Los suministros estándar de ECU Health Home Infusion pueden incluir, entre otros:

- Manual de bienvenida, hoja de educación del paciente para la administración y hoja de información sobre medicamentos
- Toallitas con alcohol y guantes
- Tapón para el extremo de jeringas (tapón final o protector para jeringas y tubos)
- Tubos/filtros
- Bombas según el plan de tratamiento con baterías y estuche de transporte para infusiones continuas
- Tapones protectores del punto de inyección (tapones de presión neutra para vías intravenosas)
- Portasuero para terapias de infusión por gravedad y de flujo regulable
- Cinta de papel
- Jeringas con solución salina y heparina según el protocolo de cuidado de catéteres y el plan de atención del paciente
- Adaptador de punta ventilada para infusiones en botellas de vidrio

Línea periférica

- Kit inicial para terapia intravenosa
- Tubo de extensión de 8 pulgadas (se cambia con cada nueva inserción intravenosa)
- Catéter intravenoso - Catéter BD Insyte con alas y aguja muescada
- Calibre 24, longitud de la aguja 3/4 de pulgada (Otros calibres disponibles a petición)

Catéter central de inserción periférica (PICC)

- Kit de cambio de vendajes
- Vendaje o cinta para sujetar
- Dispositivo de sujeción
- Tubo de extensión de 12 pulgadas (se cambia con cada cambio de apósito)

Puerto

- Kit de cambio de vendajes
- Aguja de seguridad Huber (sin puerto lateral)
- Calibre 22, longitud de la aguja de 3/4 de pulgada
- Calibre 22, longitud de la aguja de 1 pulgada

Disponible a petición

- Apósito cutáneo de poliuretano Biopatch
- Dispositivo de estabilización Statlock
- Venda tubular estoquinete (Stockinette)
- Tapones antisépticos de barrera
- Dispositivos de sujeción adicionales
- Apósitos para pacientes con necesidades especiales de alergias o tallas
- Apósito y sistema de sujeción de catéteres Sorbaview
- Betadina y alcohol para la alergia a la clorhexidina
- Inyección automática Agujas Huber

Materiales de referencia

Proceso de quejas y reclamaciones

En ECU Health, su experiencia – la experiencia de pacientes y familias a las que servimos – es nuestra máxima prioridad. Si tiene alguna inquietud con su medicamento, los servicios que ofrecemos, o cualquier otro problema con su pedido, llame al 252-816-3088 y pida hablar con un supervisor – siempre estamos abiertos a escuchar sus inquietudes.

Como parte de nuestro proceso formal de reclamaciones, revisaremos sus inquietudes y abriremos una investigación en un plazo de 48 horas. Nuestro equipo le proporcionará una actualización inicial en un plazo de cinco días hábiles y haremos todo lo posible por resolver su queja en un plazo de 14 días, momento en el que le notificaremos por escrito sobre los resultados de nuestra investigación.

Usted tiene derecho a presentar una queja directamente ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC, División de Regulación del Servicio de Salud.

- Llame sin costo al 800-624-3004
- Envíe su información por correo a sus oficinas: 2711 Mail Services Center, Raleigh, NC 27699-2711

Si usted es beneficiario de Medicare, tiene derecho a presentar una inquietud sobre la calidad de su atención.

- Llame sin costo al 844-455-8708

Presente una queja sobre Medicare poniéndose en contacto con:

- El sitio web de la Oficina del Defensor del Beneficiario de Medicare (The Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman), www.Medicare.gov/Claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman/html.
- Números de teléfono sin costo:
 - 800-MEDICARE (800-633-4227), el servicio TTY está disponible al 877-486-2048
- Consultas por escrito:
 - Centro de Contactos para Beneficiarios de Medicare (Medicare Beneficiary Contact Center), PO Box 39, Lawrence, KS 66044

También puede comunicarse con la Junta de Farmacia de su estado o algún otro organismo de acreditación de programas según sea necesario.

Junta de Farmacia de Carolina del Norte (North Carolina Board of Pharmacy)

Llame al 919-246-1050 o visite NCBOP.org

Comisión de Acreditación para la Atención Médica (Accreditation Commission for Health Care)

Llame al 919-785-1214 o visite ACHC.org

Tiene la palabra (Tell Us Now)

Si siente que, después de compartir sus inquietudes, aún necesita ayuda adicional, comuníquese con la Oficina de Experiencia al 252-847-8355. Puede acceder a nuestro servicio Tell Us Now los siete días de la semana, las 24 horas del día. Para acceder a Tell Us Now, puede:

- Enviar un correo electrónico a ContactOurTeam@ECUHealth.org
- Llamar al 252-847-TELL (8355) o
- Enviar un mensaje de texto al 252-917-9284

Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

Como paciente atendido por nuestra organización, usted tiene derecho a:

- Estar completamente informado de sus derechos y responsabilidades y a ejercer sus derechos mientras recibe servicio en el hogar.
- Su familia/tutor(s) tienen el derecho de ejercer sus derechos en caso de que usted no pueda hacerlo.
- Elegir un proveedor de atención médica.
- Estar informado de los resultados previstos de la atención y de cualquier obstáculo que impida alcanzarlos.
- Dar su consentimiento y obtener respuesta a sus preguntas antes del inicio de cualquier atención o tratamiento.
- Estar plenamente informados de los servicios que le van a prestar, las especialidades que le van a proporcionar atención y la frecuencia de las visitas que tendrá.
- Estar informado del alcance de los servicios y de las limitaciones de la atención de la compañía.
- Recibir atención adecuada de acuerdo con las órdenes del médico sin discriminación.
- Recibir una presentación adecuada por nombre y título de las personas que le brindan atención médica y/o servicio.
- Ser tratado con cortesía, respeto por la propiedad y la persona, y estar libre de maltrato, negligencia o abuso físico, verbal y mental.
- Ser informado, tanto verbalmente como por escrito, antes de que se le preste la atención, de los cargos, incluido el pago esperado de terceros, y si usted será responsable de cualquier pago.
- Participar en la elaboración y revisión periódica de su plan de atención/servicios.
- Que su expediente médico sea tratado con privacidad y confidencialidad.
- Ser informado de la política de la compañía en materia de privacidad y divulgación de Información protegida sobre la salud.
- Rechazar el tratamiento y ser informado de las consecuencias de su decisión.
- Formular voluntades anticipadas para la atención médica.
- Expresar reclamaciones/quejas o sugerir cambios en los servicios de atención médica sin ser amenazado, coartado o discriminado. Las quejas serán atendidas en un plazo de 48 horas de haberse recibido e investigadas confidencialmente.
- Ser informado de cualquier beneficio financiero para nuestra organización cuando sea referido a otra organización.

- Solicitar y recibir información sobre el tratamiento, los servicios o los costos de los mismos, de forma privada y confidencial.
- Recibir instrucciones sobre cómo manejar la retirada de fármacos del mercado.

Como paciente atendido por nuestra organización, usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información precisa y completa sobre su salud, especialmente si puede afectar su plan actual de atención/servicios.
- Permanecer bajo el cuidado de su médico mientras recibe servicios de nuestra organización.
- Notificar a la compañía de cualquier inquietud relacionada con la atención/servicios prestados.
- Solicitar más información sobre cualquier cosa que no entienda con respecto al tratamiento y atención que se le haya ordenado.
- Comunicar cualquier cambio en la información sobre los beneficios de su seguro y reconocer la responsabilidad financiera por cualquier saldo adeudado en su cuenta.
- Comunicar cualquier cambio en la información de contacto, estado de salud o tratamiento y notificar al Programa de asistencia al paciente de los cambios en esta información.
- Presentar todos los formularios que sean necesarios para recibir servicios o participar en el Programa de asistencia al paciente.
- Mantener en buen estado cualquier equipo proporcionado a usted (si corresponde) y devolvernos dicho equipo.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones si rechaza el tratamiento o no cumple con el tratamiento y servicios prescritos.
- Respetar los derechos del personal de la farmacia.
- Notificar a su médico y a la farmacia de cualquier posible efecto secundario y/o complicación.
- Notificarnos por teléfono cuando el suministro de medicamentos se esté agotando.
- Notificar a su médico tratante de su participación en el Programa de asistencia al paciente, si procede.

Consentimiento del paciente y asignación de beneficios

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente solicito los servicios de ECU Health Home Infusion y doy mi consentimiento para que ECU Health Home Infusion proporcione la atención, el tratamiento, los medicamentos y los procedimientos que mi médico y los asociados de mi médico ordenen.

Entiendo que ECU Health Home Infusion debe proporcionar atención y servicios de acuerdo con las instrucciones de un médico. También entiendo que, si estoy en condiciones de necesitar hospitalización o servicios especiales durante mi cuidado, los cuales no son proporcionados por ECU Health Home Infusion, los servicios y la hospitalización deben ser gestionados por mí, mi representante legal, o mi médico, y son mi responsabilidad.

Autorización para la divulgación de información médica

Por la presente autorizo la divulgación de todos los expedientes relacionados con mi historial médico, tratamiento o información de pago a un representante de ECU Health Home Infusion, según sean necesarios para la provisión de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

También autorizo la revisión de mis expedientes médicos por cualquier agencia reguladora local, estatal o federal y organismos de acreditación.

Entiendo que la comunicación verbal sobre mi atención puede discutirse a través de un teléfono celular, lo cual puede considerarse una línea no segura.

Liberación de responsabilidad y aviso sobre el uso del equipo

Nota: Cierta información en la siguiente declaración, tal como el uso de equipos médicos, podría no aplicarse a su terapia. Haga caso omiso a cualquier declaración que no aplique a su terapia o plan de tratamiento.

Entiendo que hay riesgos conocidos y desconocidos asociados con el uso de todos los equipos médicos, suministros, medicamentos, dispositivos de acceso y la administración de medicamentos. Además, entiendo que debido a que estoy usando los medicamentos, dispositivos, equipo y/o suministros en casa, es posible que no se disponga de atención médica de emergencia inmediata para cualquier complicación, lesión o resultado adverso que pueda ocurrir en relación con su uso. Reconozco mi obligación de devolver cualquier equipo alquilado tras la finalización de mi terapia o en el caso de que el equipo recibido ya no sea necesario y me comprometo a hacerlo. Además, por la presente autorizo a mi pagador y/o médico a divulgar cualquier información personal a ECU Health Home Infusion para ayudar a localizar el equipo en caso de que no sea devuelto. Acepto pagar el costo del equipo de alquiler si no lo devuelvo a la entidad correspondiente al completar la terapia o si el equipo ya no es necesario.

Asignación de beneficios de seguro y divulgación de información

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros pública y/o privada o fondo responsable del pago de mi atención, si corresponde, a pagar los beneficios en mi nombre directamente a ECU Health Home Infusion por cualquier producto y servicio, incluidos los servicios médicos, que me proporcione ECU Health Home Infusion.

También autorizo a ECU Health Home Infusion a solicitar, en mi nombre, todos los beneficios de seguros públicos o privados para los productos o servicios que me proporcione ECU Health Home Infusion.

Acepto informar a ECU Health Home Infusion de cualquier cambio en mi estado, incluyendo, pero no limitado a, cambio de dirección, ingreso en un hospital o centro de enfermería, cualquier cambio que afecte los pagos de terceros o mi propia capacidad de pagar por productos y servicios recetados por mi médico y prestados por ECU Health Home Infusion.

Confirmación de la recepción de información

Antes de iniciar la atención domiciliar, confirmo que he recibido, leído o me han explicado, se me ha dado la oportunidad de discutir, y acusar de recibido los siguientes documentos y/o información:

- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente
- Plan de preparación para emergencias
- Estándares para proveedores de Medicare
- Información sobre tratamiento y terapia
- Aviso de prácticas de privacidad
- Posibilidad de participar en mi plan de atención
- Apoyo clínico las 24 horas
- Cómo presentar una queja llamando al 252-816-3088
- Información sobre voluntades anticipadas
- Cómo se pagará la terapia y cualquier responsabilidad financiera

Toma anticipada de decisiones médicas sobre su atención y tratamiento

Sus derechos como paciente en Carolina del Norte

En el caso de que usted se enferme demasiado para tomar decisiones por sí mismo, es importante tener voluntades anticipadas para asegurar que sus deseos sean cumplidos. Las voluntades anticipadas son documentos legales que dan instrucciones a los proveedores de atención médica sobre el tipo de tratamiento que desea recibir si no puede comunicarse con su equipo de atención médica.

La ley de Carolina del Norte proporciona tres tipos de voluntades anticipadas: testamento en vida, poder notarial para la atención médica y voluntades anticipadas para la salud mental. Si tiene alguna pregunta sobre las voluntades anticipadas, hable con un miembro de su equipo de atención médica.

¿Qué es una “voluntad anticipada”?

Una voluntad anticipada es un documento legal que una persona prepara con antelación. Si es necesario, se utiliza para dictar lo que quiere o no quiere si se enfrenta a una crisis de salud y no puede comunicarse por sí mismo.

Si desea crear una voluntad anticipada, comuníquese con su proveedor de atención primaria para obtener más información o utilice el kit de herramientas para la planificación anticipada de la atención médica.

¿Qué es un “testamento en vida”?

Un testamento en vida es un documento escrito en el que usted declara sus preferencias con respecto a tratamientos médicos que prolongan la vida en situaciones específicas si usted no puede comunicarse por sí mismo.

¿Cuándo entra en vigor un “testamento en vida”?

Un “testamento en vida” solo surte efecto cuando (1) su médico tiene una copia del documento; y (2) su médico ha concluido que usted está “incapacitado” y por lo tanto ya no puede tomar decisiones sobre la atención médica que desea recibir; y (3) su médico y un segundo médico han determinado que usted está en una “condición terminal” o en un “estado de inconsciencia permanente”.

En Carolina del Norte, un testamento en vida le permite declarar su deseo de no recibir medidas que prolonguen la vida en cualquiera o todas las siguientes situaciones:

- Usted tiene una condición que es incurable que resultará en su muerte dentro de un corto período de tiempo.
- Usted está inconsciente, y sus médicos confían en que no podrá recuperar la conciencia.
- Usted tiene demencia avanzada u otra pérdida sustancial e irreversible de la función mental.

¿A quién debo entregar mi “testamento en vida”?

Debe entregar una copia de su “testamento en vida” a su médico, hospital u otro proveedor de atención médica. La ley requiere que su médico u otro proveedor de atención médica le pregunte si usted tiene voluntades anticipadas. Si entrega una copia de su “testamento en vida” a su médico u otro proveedor de atención médica, ese documento formará parte de su expediente médico.

Poderes notariales duraderos para la atención médica

Un “poder notarial duradero” para la atención médica es un documento que le permite nombrar a otra persona para que tome ciertas decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

- Autorizar su ingreso a un centro médico, de enfermería, residencial o de otro tipo
- Celebrar acuerdos para su atención
- Autorizar procedimientos médicos y quirúrgicos

Antes de escribir sus instrucciones, es posible que desee discutir las con su médico, familia, amigos u otras personas apropiadas, tal como un miembro del clero. Si está redactando un “poder notarial duradero” para la atención médica, debe hablar de sus deseos con la persona que está nombrando como su “apoderado”. Del mismo modo, si está redactando un “testamento en vida” y nombrando a alguien en ese documento para llevar a cabo sus deseos, debe hablar de sus deseos con esa persona. Es posible que desee ponerse en contacto con un abogado o con su agencia local o estatal para la tercera edad la cual podrá proporcionarle información sobre dichos documentos.

Estándares para proveedores de Medicare para equipo médico duradero, prótesis, ortesis y suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés)

Nota: Esta es una versión abreviada de las normas para proveedores que cada proveedor de DMEPOS de Medicare debe cumplir para obtener y conservar sus privilegios de facturación. Estas normas, en su totalidad, se enumeran en 42 C.F.R. 424.57(c).

1. El proveedor debe cumplir con todos los requisitos reglamentarios y de licencia federales y estatales aplicables.
2. El proveedor debe proporcionar información completa y precisa en la solicitud para proveedores de DMEPOS. Cualquier cambio en esta información debe ser reportado a la Cámara nacional de compensación para proveedores (National Supplier Clearinghouse) dentro de 30 días.
3. El proveedor debe tener una persona autorizada (cuya firma es vinculante) que firme la solicitud de inscripción para obtener privilegios de facturación.
4. El proveedor debe surtir los pedidos de su propio inventario, o contratar con otras compañías para la compra de artículos necesarios para surtir los pedidos. El proveedor no puede contratar a ninguna entidad que esté actualmente excluida del programa Medicare, de cualquier programa estatal de atención médica o de cualquier otro programa federal de adquisición o no adquisición.
5. El proveedor debe informar a los beneficiarios que pueden alquilar o comprar equipos médicos duraderos de bajo costo o que son comprados rutinariamente, y de la opción de compra de equipos que fueron alquilados en algún momento y que ahora están a la venta.
6. El proveedor debe notificar a los beneficiarios de la cobertura de garantía y cumplir todas las garantías según la ley estatal aplicable, y reparar o reemplazar sin costo los artículos cubiertos por Medicare que están bajo garantía.
7. El proveedor debe mantener una instalación física en un sitio apropiado y debe mantener un letrero visible con el horario de atención publicado. La ubicación debe ser accesible al público y contar con personal durante el horario de atención publicado. La ubicación debe ser de al menos 200 pies cuadrados y contener espacio para almacenar expedientes.
8. El proveedor debe permitir que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) o sus representantes realicen inspecciones in situ para verificar el cumplimiento de estos estándares por parte del proveedor.
9. El proveedor debe mantener un teléfono comercial principal que figure bajo el nombre de la empresa en un directorio local o un número gratuito disponible a través de un servicio de información telefónica. No está permitido el uso exclusivo de un buscapersonas, contestador automático, servicio de contestador o teléfono celular en lugar de un teléfono fijo comercial durante el horario de atención publicado.
10. Un proveedor debe tener un seguro de responsabilidad civil general por un monto de al menos \$300,000 que cubra tanto el lugar de negocio del proveedor como a todos sus clientes y empleados. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, este seguro también debe cubrir la responsabilidad por productos defectuosos y las operaciones completadas.
11. Está prohibido que un proveedor realice una oferta directa a los beneficiarios de Medicare. Para obtener detalles completos sobre esta prohibición, consulte 42 CFR § 424,57 (c) (11).
12. El proveedor es responsable de la entrega y debe instruir a los beneficiarios sobre el uso de los artículos cubiertos por Medicare y mantener la prueba de entrega y las instrucciones del beneficiario.
13. El proveedor debe responder a las preguntas y responder a las quejas de los beneficiarios y mantener la documentación de dichos contactos.
14. El proveedor debe mantener y reemplazar sin cargo o costo de reparación, ya sea directamente, o a través de un contrato de servicio con otra compañía, cualquier artículo cubierto por Medicare que haya alquilado a los beneficiarios.

Medicare DMEPOS supplier standards

15. El proveedor debe aceptar devoluciones de artículos de calidad inferior (inferior a la calidad plena para el artículo en particular) o inadecuados (inapropiados para el beneficiario en el momento en que fue acondicionado y alquilado o vendido) de los beneficiarios.
16. El proveedor debe dar a conocer estos estándares a cada beneficiario al que suministra un artículo cubierto por Medicare.
17. El proveedor debe divulgar la identidad de cualquier persona que tenga propiedad, interés financiero o de control en dicho establecimiento.
18. El proveedor no debe transmitir o reasignar un número de proveedor, es decir, el proveedor no puede vender ni permitir que otra entidad use su número de facturación de Medicare.
19. El proveedor debe tener un protocolo de resolución de quejas establecido para atender las quejas de los beneficiarios que se relacionan con estos estándares. Se debe mantener un registro de estas quejas en la instalación física.
20. Los registros de quejas deben incluir: el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de reclamación del seguro médico del beneficiario, un resumen de la queja y las medidas adoptadas para resolverla.
21. El proveedor debe comprometerse a proporcionar a los CMS cualquier información requerida por el estatuto y reglamentos de Medicare.
22. Para poder recibir y conservar un número de facturación de proveedor, todos los proveedores deben estar acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos para los cuales el proveedor está acreditado a fin de que el proveedor reciba el pago por esos productos y servicios específicos (excepto para ciertos productos farmacéuticos exentos).
23. Todos los proveedores deben notificar a su organización de acreditación cuando se abra una nueva ubicación de DMEPOS.
24. Todas las ubicaciones de proveedores, ya sean propias o subcontratadas, deben cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y estar acreditadas por separado para poder facturar a Medicare.
25. Todos los proveedores deben divulgar al momento de la inscripción todos los productos y servicios, incluyendo la incorporación de nuevas líneas de productos para las que solicitan acreditación.
26. El proveedor debe cumplir con los requisitos de fianza especificados en 42 CFR § 424.57 (d).
27. El proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno con licencia estatal.
28. El proveedor debe mantener la documentación de pedidos y referencias de acuerdo con las disposiciones que se encuentran en 42 CFR § 424.516(f).
29. El proveedor tiene prohibido compartir una ubicación física con otros proveedores de Medicare.
30. El proveedor debe permanecer abierto al público durante un mínimo de 30 horas por semana (según se define en el artículo 1848(j)(3) de la Ley).

Los productos y/o servicios que le proporcionamos están sujetos a los estándares de proveedores contenidos en las regulaciones federales que se muestran en la Sección 424.57(c) del Código de Regulaciones Federales. Estas normas se refieren a asuntos profesionales y operativos de las empresas (por ejemplo, el cumplimiento de garantías y horario de atención). El texto completo de estas normas se puede consultar en <http://www.ecfr.gobernador>. A petición, le proporcionaremos una copia escrita de las normas.

Aviso sobre las prácticas de privacidad

Vigente a partir del 16 de Febrero de 2024

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a la misma. Léalo con mucha atención.

Si tiene alguna pregunta o solicitud, comuníquese con el funcionario de Privacidad de ECU Health llamando al 252-847-6545 o escribiendo a P.O. Box 6028, Greenville, NC 27835-6028.

Presentación general

Por ley debemos mantener la privacidad de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI por sus siglas en inglés) e informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Las referencias a “ECU Health” en este aviso se refieren a ECU Physicians y University Health Systems of Eastern North Carolina, Inc. (y a todas sus entidades afiliadas con la excepción de ECU), juntas como una Entidad Cubierta Afiliada. Las Entidades Cubiertas Afiliadas (ACE, por sus siglas en inglés), son un grupo de organizaciones bajo propiedad o control común que se designan así mismas como una Entidad Cubierta Afiliada para el propósito de cumplir con La Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, por sus siglas en inglés). ECU Health, los miembros de su equipo, su personal médico, así como los miembros de las entidades cubiertas afiliadas que participan en la prestación o coordinación de sus cuidados médicos deben cumplir con los términos de este Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad. (“Aviso”). Los miembros de la ACE compartirán la PHI entre sí para el tratamiento, la compensación, y las operaciones de la atención médica de la ACE y según lo permitido por HIPAA y este Aviso. Para obtener una lista completa de las entidades cubiertas afiliadas, comuníquese con un funcionario de Privacidad de ECU Health.

Nuestras prácticas de privacidad

ECU Health, al ser un importante centro de salud docente, se esfuerza por apoyar a las comunidades médicas locales y por trabajar conjuntamente con los proveedores de salud de toda la región para ofrecer una atención de calidad. Para esto, debemos utilizar y compartir su información de forma interna y con nuestros proveedores y las agencias que participan en su atención. Su privacidad es importante para nosotros y es nuestra política respetarla mientras sea nuestro paciente. En este Aviso se describen los mecanismos para proteger su información y sus derechos en virtud de la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Estamos obligados a proteger la privacidad de su información de salud que permita su identificación. Debemos informarle cuáles son nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI para:

- Mantener la privacidad de su información de salud tal como se describe en este Aviso
- Informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud
- Cumplir con los términos del Aviso en vigencia

Cómo podemos usar y divulgar su PHI

Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes circunstancias:

(1) Para prestarle atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para brindar, coordinar o gestionar su atención médica y servicios conexos. Esto puede incluir comunicarnos con otros proveedores de atención médica para obtener información sobre su tratamiento, así como coordinar y gestionar su atención médica con terceros. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI cuando necesita una receta médica, un análisis de laboratorio, unas radiografías u otros servicios de salud. Además, podemos usar y divulgar su PHI en caso de remitirlo a otro proveedor de atención médica.

Podemos poner su información a disposición de otros proveedores de atención médica que la soliciten a través de la función Care Everywhere de nuestro sistema de expedientes médicos electrónico, el North Carolina HealthConnex, o a través de intercambios de información de salud. Los pacientes tienen el derecho a optar por la exclusión voluntaria del intercambio de información de salud electrónica al completar el formulario de exclusión, informándolo al personal de registro o llamando al funcionario de Privacidad de ECU Health. Si usted elige que su PHI no sea compartida, los proveedores deberán solicitar y recibir su información utilizando otros métodos, tales como fax o correo.

(2) Para obtener el pago por los servicios prestados

En general, podemos usar y divulgar su información médica a terceros que se dedican a emitir facturas y a cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Podemos compartir información sobre estos servicios con la(s) compañía(s) de seguro médico antes de que usted reciba los servicios programados, con el fin de solicitar cobertura por medio de su plan o póliza y de recibir autorización de pago. También podemos compartir cierta información médica con los siguientes:

- Departamentos de facturación
- Departamentos u organizaciones de cobranza
- Planes de salud y compañías de seguros médicos que le brindan cobertura y los representantes de las mismas
- Departamentos del hospital que evalúan la calidad y el costo de la atención médica que recibió
- Organizaciones que mantienen información crediticia sobre los consumidores (p.ej., entidades que proporcionan información sobre la solvencia crediticia de empresas e individuos)

Ejemplo: Digamos que usted se fracturó una pierna. Es posible que tengamos que darle información a su(s) compañía(s) de seguro médico acerca de su estado de salud, los insumos médicos utilizados (yeso para enyesarle la pierna, muletas) y los servicios que recibió (tales como radiografías o cirugía). Esta información se envía al departamento de facturación y a su plan de seguro médico para que la factura sea pagada o para que usted pueda ser reembolsado.

(3) Para operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar su PHI en el curso de nuestra actividad comercial, lo que denominamos “operaciones de atención médica”. Estas operaciones de atención médica nos permiten mejorar la calidad de la atención que prestamos y reducir los costos de la misma. Por ejemplo, podemos observar la información del paciente para evaluar el desempeño del personal, planificar nuevos servicios, identificar nuevas ubicaciones de prestación de servicios o enviar encuestas sobre su experiencia. También podemos usar la información del paciente para capacitar a estudiantes y miembros del equipo, responder a organismos de gobierno, respaldar nuestras licencias, analizar datos, así como para fines legales y de otro tipo. Además, podemos compartir su información con otros proveedores que tengan una relación con usted para que lleven a cabo sus propias actividades relacionadas con la atención médica. Asimismo, podemos usar y divulgar su PHI al desempeñar ciertas actividades comerciales por separado o como parte de nuestra participación en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (Organized Health Care Arrangement, OHCA, por sus siglas en inglés) con los miembros acreditados y privilegiados de nuestro personal médico.

(4) Para brindarle información sobre citas, volver a surtir sus recetas, y sus opciones de tratamiento

Podemos comunicarnos con usted para recordarle sobre sus citas de atención médica, o para enviarle un recordatorio de un nuevo surtido de sus recetas. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre las opciones de tratamiento, servicios o productos que podrían interesarle. Por ejemplo, si tiene diabetes, podríamos informarle sobre los servicios nutricionales que podrían ayudarle.

(5) Para actividades de recaudación de fondos

Podemos usar su información de salud para comunicarnos con usted sobre programas de donación a ECU Health. También podemos compartir su información de salud con una fundación relacionada que podría comunicarse con usted para recaudar fondos destinados a un tratamiento o a una causa relacionada, como nuestro Hospital Infantil. Si prefiere no recibir las comunicaciones sobre recaudación de fondos, llame al 252-847-6545 o escriba a ECU Health a: P.O. Box 6028, Greenville, NC 27835-6028. Proporcione su nombre completo y dirección.

(6) A nuestros socios comerciales

Prestamos algunos servicios a través de otras empresas que llamamos “socios comerciales”. Es posible que les proporcionemos su información de salud a dichos socios comerciales para que puedan realizar las tareas que les solicitemos. Por ejemplo, podríamos usar un servicio de fotocopiado para hacer copias de los expedientes médicos solicitados. Cuando este sea el caso, le exigiremos al socio comercial relevante que proteja su información de salud.

(7) Desidentificación de la información de salud

Podemos usar su información de salud para crear información “desidentificada” que no sea identificable para ningún individuo de acuerdo con la HIPAA. También podemos divulgar su información de salud con algún socio comercial con el propósito de crear información desidentificada, sin importar si usamos o no la información desidentificada.

(8) Conjunto de datos limitados.

Podemos usar su información de salud para crear un conjunto de datos limitados (información de salud a la que se le han eliminado ciertos datos de identificación). También podemos divulgar su información de salud con algún socio comercial con el propósito de crear un conjunto de datos limitados, sin importar si usamos o no el conjunto de datos. Podemos usar y divulgar un conjunto de datos limitados solamente para propósitos de investigación, salud pública, o para propósitos de las operaciones de la atención médica, y cualquier persona que reciba dicho conjunto de datos limitados debe firmar un acuerdo para proteger la información.

(9) Con el intercambio electrónico de información de salud (Electronic Health Information Exchange, "HIE")

Podemos participar en ciertos intercambios electrónicos de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) que permitan que los proveedores de atención médica u otras entidades sanitarias, como su plan de salud o seguro médico, compartan su información de salud para el tratamiento, el pago o con otros fines que permita la ley, incluidos los que se describen en este Aviso.

Usted puede solicitar que su información de salud deje de compartirse en un HIE. Para esto, debe enviar una solicitud a la Oficina de Privacidad, cuya dirección se proporciona en este Aviso. Deberá incluir su nombre y fecha de nacimiento o dirección. Si usted decide optar por esta exclusión voluntaria, haremos todo lo que sea razonablemente posible para limitar el uso compartido de su información de salud en los HIE. La exclusión voluntaria no implica el retiro de la información de salud que ya se haya compartido, así como tampoco impide el acceso a la información de salud sobre usted por otros medios, tal como la solicitud por parte de sus proveedores particulares.

Participamos en NC HealthConnex (el cual es un medio para el intercambio de información). Usted puede solicitar la exclusión voluntaria enviando el formulario que deberá descargar directamente de <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>. Su exclusión voluntaria no afectará nuestra obligación de divulgar su información médica al intercambio de información (Exchange) cuando recibe servicios pagados por el seguro médico del estado de Carolina del Norte y/o Medicaid.

Podemos usar y divulgar su PHI en ciertas circunstancias sin una autorización o la posibilidad de objeción, tal como se describe a continuación:

- Según lo exija la ley.
- Según sea necesario por razones de salud pública, que contribuyan a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, informar reacciones o problemas con productos médicos, informar nacimientos o muertes, o trabajar con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, por sus siglas en inglés).
- Para actividades de supervisión de prestación de servicios médicos, como las que realizan las dependencias estatales o federales de supervisión de servicios médicos o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
- La divulgación de su número de seguro social es voluntaria, pero puede ser necesaria para tramitar determinados servicios de atención médica, reclamos a su seguro médico y/o para actividades de salud pública/supervisión de conformidad con las leyes federales o estatales.
- Para un procedimiento legal. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial, una orden de arresto u otro procedimiento legal.
- Para cumplir con los requisitos de una agencia del orden público. Podemos divulgar su PHI para informar cierto tipo de heridas u otras lesiones físicas, o alguna conducta delictiva en nuestra propiedad.
- A un médico forense, examinador médico o director de funeraria. Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico encargado de identificar el cuerpo o establecer la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a los directores de funerarias para llevar a cabo sus servicios.
- Para la donación de órganos, ojos o tejidos de una persona fallecida.
- Para la investigación clínica. La investigación que se realiza en ECU Health debe atravesar un proceso de revisión especial. No usaremos ni divulgaremos su PHI a menos que tengamos su autorización o hayamos determinado que su privacidad está protegida.
- Para impedir un grave peligro a la salud o a la seguridad. Podemos divulgar su PHI para prevenir o atenuar un peligro serio e inminente a la salud o seguridad de otra persona o del público en general.

- A funciones especializadas del gobierno. Podemos divulgar su PHI si se relaciona con actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia o servicios de protección al presidente, o con determinaciones/aptitud médica del Departamento de Estado.
- A una institución correccional u otras agencias del orden público en las que usted esté bajo custodia. Por ejemplo, en ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a una institución correccional que tenga custodia legal sobre su persona.

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su PHI en las siguientes circunstancias:

- Para mantener nuestro directorio de pacientes en nuestras instalaciones. Si una persona pregunta por usted por su nombre, divulgaremos únicamente su nombre, número de habitación y estado general de salud (bueno, regular, grave, etc.). También podemos divulgar su afiliación religiosa a miembros del clero afiliados con su religión, independientemente de que pregunten por usted por su nombre.
- Podemos compartir su PHI con un familiar u otra persona identificada por usted, que participe en su cuidado o en el pago de su atención médica. En una emergencia, si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, utilizaremos nuestro criterio profesional para decidir si es conveniente compartir su PHI con una persona involucrada en su atención. Si un familiar u otra persona acuden con usted a sus citas o visitas no programadas, y usted no objeta que esta persona tome conocimiento de su PHI, podremos interpretar que usted acepta que lo hagamos.
- Podemos compartir su PHI con una entidad pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) con el propósito de que usted reciba ayuda en situaciones de catástrofe. Si fuera necesario en situaciones de emergencia, podríamos compartir su PHI, aunque usted se opusiera.

Si usted quisiera oponerse a nuestro uso o divulgación de su PHI en las circunstancias descritas anteriormente, sírvase informar al miembro del personal a cargo de su registro o llamar a un funcionario de Privacidad cuyos datos aparecen en la portada y al reverso de este Aviso. Si solicita que no se incluya su nombre en el directorio de pacientes, no podrá recibir ninguna tarjeta ni flores al hospital. Además, no podremos informarle que usted es paciente nuestro a quien haga una llamada preguntando por usted o quiera visitarlo.

Protecciones especiales

En ciertos casos, algunas leyes nos exigen proporcionar más protección a su información de salud de la que exige HIPAA. Aun si algunas de estas leyes aplican a su información de salud, es posible que sigamos teniendo la obligación de reportar cierta información y cumpliremos con dichas leyes. Por ejemplo, tenemos la obligación de reportar casos donde hay sospechas de maltrato o negligencia hacia niños o adultos con discapacidades, y podemos compartir la información a continuación cuando enviamos el reporte.

- Si tiene alguna enfermedad contagiosa tal como tuberculosis, sífilis, VIH/SIDA, normalmente no divulgaremos esa información al menos que tengamos su autorización por escrito. Sin embargo, no necesitamos contar con su autorización para reportar información relacionada con su enfermedad a las autoridades sanitarias estatales y locales o para prevenir la propagación de dicha enfermedad.
- Si recibe tratamiento por alguna afección de salud mental, una discapacidad relacionada al desarrollo o por abuso de sustancias, la ley estatal generalmente nos obliga a obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar esa información. Existe ciertas excepciones a esta regla. Por ejemplo, podemos divulgar su información si requiere de un tutor legal o si lo recluyen involuntariamente. También podemos divulgar su información a: (1) un proveedor de atención médica quien le está dando tratamiento durante una emergencia; (2) un proveedor de atención médica que lo remitió, si así lo solicita; y (3) a otros establecimientos o profesionales que tratan la salud mental, las discapacidades del desarrollo, y el consumo de drogas cuando sea necesario coordinar su atención médica o su tratamiento. También podemos divulgar su información con otras entidades cubiertas, tales como una farmacia, o socios comerciales, o por ejemplo, una empresa proveedora de programas informáticos (software), al menos que usted se oponga por escrito. Después de notificarle a usted, tenemos la obligación de informar a un familiar suyo u a otra persona involucrada en su cuidado de manera considerable en qué centro de salud mental fue ingresado, trasladado, o dado de alta. Bajo cierta ley federal, si usted solicita o recibe tratamiento por consumo de drogas en nuestros establecimientos, generalmente necesitamos obtener su autorización por escrito antes de poder divulgar información que lo identifique como farmacodependiente o como paciente que recibe servicios para tratar el consumo de drogas. Hay ciertas excepciones a esta regla. Podemos divulgar esta información con nuestro personal para coordinar su atención como también con agencias e individuos que nos ayudan a prestarle servicios. Podemos divulgar información con el personal médico durante una emergencia. Si usted comete un delito, o amenaza con cometer un delito, en nuestro establecimiento o contra nuestro personal, podríamos reportarlo a la policía.

- Nuestra farmacia solo divulgará una copia de sus recetas a ciertas personas. Algunas de estas personas incluyen: (1) usted; (2) el proveedor de atención médica quien prescribió la receta o el que le está dando tratamiento; (3) un farmacéuta quien le esté prestando servicios de farmacia a usted; (4) una compañía responsable de proveer, o de pagar, por sus servicios de atención médica; (5) miembros o ciertos empleados de la Junta de Farmacia; y (6) investigadores que hayan sido aprobados por la Junta de Farmacia, si existen ciertas protecciones establecidas para salvaguardar la confidencialidad de la información.
- Si usted es menor de 18 años y no se ha emancipado, no divulgaremos ninguna información de tratamiento relacionado a embarazos, enfermedades venéreas y otras enfermedades contagiosas, consumo de drogas o de alcohol, trastorno emocional, sin su autorización. Sin embargo, sí podemos divulgar esta información si: (1) su médico considera que sus padres deben estar enterados debido a alguna amenaza que ponga en peligro su vida o su salud, o (2) si sus padres o tutores legales le preguntan al médico sobre su tratamiento, y si su médico cree que compartir dicha información es lo mejor para usted.

Otros usos y divulgaciones.

Otros usos y divulgaciones de la información médica que no estén contemplados en este Aviso o en las leyes que se nos aplican se harán sólo con su permiso por escrito. Le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud para los siguientes u otros fines:

- Notas de psicoterapia realizadas por un proveedor de salud mental particular durante una sesión de consejería, excepto para ciertos fines relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, o bien otras excepciones, incluida la seguridad y la supervisión gubernamental.
- Ciertas actividades de comercialización, incluso si un tercero nos paga para realizar declaraciones de marketing, tal como se describe en su autorización firmada.
- La venta de su información de salud, salvo para ciertos fines que se permiten en las regulaciones.

Si nos otorga su permiso para usar o divulgar su información de salud, usted podrá revocar este permiso por escrito en cualquier momento. De ser así, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud por los motivos cubiertos por su autorización escrita. No nos es posible retirar la información ya divulgada con su permiso inicial. Estamos obligados a conservar los registros de la atención que le hemos prestado.

Sus derechos en virtud de este Aviso

Derecho a notificación de una violación

Usted tiene derecho a solicitar ser notificado en caso de que haya una violación de su información de salud protegida que no esté salvaguardada.

Derecho a recibir una copia escrita de este Aviso

Tiene derecho a recibir una copia escrita de este Aviso, cuando lo solicite, aún si usted estuvo de acuerdo en recibir el Aviso en forma electrónica. Este Aviso también puede encontrarlo en nuestro sitio web www.ECUhealth.org.

Derecho a solicitar diferentes formas de comunicación con usted

Normalmente le contactaremos por teléfono o por correo a su domicilio. Usted puede solicitar que le contactemos por métodos alternos o en ubicaciones alternas. Si su solicitud es razonable, procederemos según lo solicitado. Atenderemos las solicitudes razonables, pero, cuando sea apropiado, podemos condicionar esa adaptación a que nos proporcione información sobre cómo pagaría ese servicio, en caso de que hubiera algún cargo. Puede solicitar otras vías de comunicación notificando a la persona encargada de su registro o a su proveedor de atención médica. Todos los siguientes derechos requieren que usted presente una solicitud escrita ante nosotros. Si desea ejercer cualquiera de estos derechos, comuníquese con el funcionario de Privacidad de ECU Health que aparece en la primera y en la última página de este Aviso.

Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su PHI

Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso y divulgación de información sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No tenemos la obligación de cumplir con su solicitud de restricciones excepto en circunstancias limitadas en las que usted o alguien más en nombre suyo paga por un insumo o servicio y usted solicita que la información relacionada con ese insumo o servicio no sea divulgada a un seguro médico. Sin embargo, aun cuando aceptemos su solicitud de restricción, existen ciertas circunstancias en las que no se nos permite cumplir dicha solicitud. Esas circunstancias incluyen tratamientos de emergencia, divulgaciones al secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), así como los usos y divulgaciones descritas en las secciones anteriores de este Aviso.

Usted tiene derecho a ver y recibir una copia de su PHI

Usted tiene derecho a presentar una solicitud para ver y recibir una copia de la PHI incluido en su historial médico, registros de facturación u otros que se utilizaron para tomar decisiones acerca de usted. Dicha información podría tener un costo adicional. En lugar de entregarle una copia completa de la PHI, le podríamos entregar un resumen o explicación de su información, si usted acepta de antemano el formato y el costo de dicho resumen o explicación. En ciertas situaciones, no estamos obligados a dar cumplimiento a su solicitud. En ese caso, le contestaremos por escrito, explicándole por qué no podemos satisfacer su solicitud, así como los derechos que pudiera tener en caso de apelar nuestra denegación. Para ver y recibir una copia de su PHI, póngase en contacto con el departamento de expedientes médicos de su proveedor de salud.

Usted tiene derecho a solicitar que se enmiende su PHI

Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI si considera que es incorrecta o está incompleta. Debe hacer su solicitud por escrito y debe explicar por qué desea que se aplique el cambio. Podemos denegar su solicitud en ciertas situaciones. Si denegamos su solicitud, le explicaremos por escrito las razones y le haremos saber cómo proporcionar una declaración escrita para expresar su desacuerdo con nuestra decisión.

Usted tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho

Usted tiene derecho a recibir una lista escrita sobre ciertas divulgaciones de su PHI. Puede solicitar divulgaciones hechas hasta seis (6) años antes de su solicitud. No estamos obligados a incluir información divulgada:

- Para su tratamiento
- Para facturación y cobranza del pago de su tratamiento
- Para nuestras operaciones de atención médica
- Solicitudes hechas por usted, que usted autorizó o que se hicieron a personas involucradas en su cuidado, y
- Según la ley lo permita

El detalle incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección, si está disponible) de la persona u organización que recibió la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la misma. Puede obtener un detalle de las divulgaciones sin cargo cada 12 meses; posteriormente, es posible que se aplique una tarifa. En la mayoría de los casos, le enviaremos un detalle de las divulgaciones en un plazo de 60 días. Si necesitamos 30 días más, se lo haremos saber. Para solicitar dicha lista, póngase en contacto con el departamento de expedientes médicos de su proveedor de salud.

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso y a implementar las nuevas disposiciones que tendrán efecto sobre toda la PHI con que contamos. Si modificamos el Aviso, le enviaremos una copia cuando usted lo solicite.

Usted puede presentar una queja formal acerca de nuestras prácticas de privacidad

Si usted cree que hemos infringido sus derechos de privacidad o si desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede ponerse en contacto con el funcionario de Privacidad de ECU Health:

HIPAA Privacy Officer (funcionario de Privacidad)
ECU Health
PO Box 6028
Greenville, NC 27835

Número telefónico: 252-847-6545

Todas las quejas serán investigadas para intentar resolver cualquier problema que usted pudiera tener. También puede enviar una queja formal por escrito al secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (United States Secretary of the Department of Health and Human Services). Si usted presenta una queja formal, no tomaremos ninguna represalia en su contra, ni cambiaremos nuestra forma de atenderlo de ninguna manera.

Sus derechos con relación a la discriminación

ECU Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, ni excluye a las personas ni las trata de forma diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, discapacidad o sexo.

ECU Health proporciona:

- Auxiliares auditivos y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuya lengua materna no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-809-6647 (TTY: 844-438-4640).

Si cree que ECU Health no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna manera por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a la Oficina de Auditoría y Cumplimiento (Office of Audit and Compliance): 2100 Stantonsburg Road, Greenville, NC 27834. También puede llamar al 252-847-0125, enviar un fax al 252-847-5999 o enviar un correo electrónico a Compliance@ECUHealth.org.

Puede presentar una queja de manera presencial, enviarnos una carta, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, la Oficina de Auditoría y Cumplimiento está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles en el portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede enviar una carta a la siguiente dirección postal o llamar al número a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 59F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/complaintintro.html>.

