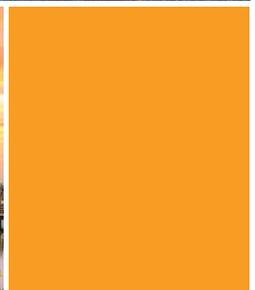
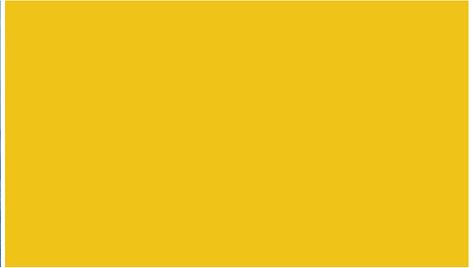


MultiCare

Aviso de prácticas de privacidad | Condiciones del
tratamiento Declaración de situación financiera |
Documentos de derechos del paciente Ayuda financiera



Guía de consulta rápida y preguntas frecuentes:

P. *¿Quiere concertar citas, comunicarse con su médico o revisar su factura en línea?*

R. ¡Regístrese en MyChart*! Al registrarse, solicite que le envíen el enlace a su correo electrónico o busque en el sitio web www.multicare.org.

Para recibir ayuda para acceder a los portales del paciente de MultiCare en el Yakima Memorial, llame al 509-972-1155 o visítenos en línea en www.yakimamemorial.org/patients-visitors/patient-portal/

P. *¿Necesita ayuda para registrarse en el seguro médico o para entender las alternativas que el seguro le ofrece?*

R. Comuníquese con el equipo de coordinación financiera del paciente de MultiCare por el 833-936-0515 y para Multicare en el Yakima Memorial Hospital, llame al 509-575-8799

P. *¿Necesita más información sobre asistencia financiera o para determinar si cumple con los requisitos para recibirla?*

R. Consulte las páginas 31 al 32.

P. *¿Necesita copias de sus propios expedientes médicos?*

R. Consulte la página 15

P. *¿Tiene alguna preocupación con respecto a la atención médica?*

R. Consulte la página 15

P. *¿Tiene alguna preocupación con respecto a la privacidad?*

R. Consulte la página 16

P. *¿Tiene alguna pregunta sobre su factura o necesita actualizar su seguro médico?*

R. Consulte las páginas 18 al 21

¿Tiene preguntas acerca de cómo se ha procesado su reclamación?

Por favor, comuníquese con su compañía de seguros. Los motivos frecuentes por los que se produce un rechazo incluyen: su plan no cubre el servicio, su seguro necesita coordinar los beneficios o la información sobre el accidente, su plan no lo cubrió a usted al momento del servicio.

*La inscripción en MyChart aún no está disponible para los pacientes del área de Yakima

Recopilación de información del paciente nuevo:

Para cumplir con los requisitos del Departamento de salud del estado de Washington y para brindar atención de la salud equitativa a todos nuestros pacientes, MultiCare Health System le hará algunas preguntas que pueden ser nuevas para usted.

No es obligatorio que usted responda todas estas preguntas.

Es obligatorio para los hospitales informar datos demográficos, pero es voluntario para los pacientes brindar esa información.

USTED PUEDE DECIDIR: depende de usted si desea contestar estas preguntas o no. Tenemos que hacerle estas preguntas para cumplir con la ley del estado de Washington (HB 1272), pero usted no tiene la obligación de responderlas. En caso de que usted no quiera responder alguna pregunta, puede hacerlo dando una respuesta de Paso o Me niego a responder. Sus respuestas son voluntarias.

Queremos que todos se sientan seguros de responder las preguntas o de negarse a responder las preguntas.

POR QUÉ HACEMOS LAS PREGUNTAS: sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a identificar y abordar disparidades en temas de salud del estado de Washington.

Si usted cree que el proyecto de Ley de la Cámara de Representantes del Estado de Washington, Segunda Sustitución Aprobada (E2SHB) 1272 (WAC 246-455-025) viola sus derechos o usted tiene preguntas específicas en relación a esta ley, comuníquese con su representante legislativo o con el Departamento de Salud del Estado de Washington a CHARSGeneral@doh.wa.gov.

Si usted cree que MultiCare no cumple con esta ley o cree que MultiCare ha violado sus derechos mediante una acción discriminatoria, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles de MultiCare a compliance@multicare.org o al 1-866-264-6121.

A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ ALGUNAS PREGUNTAS QUE LE HAREMOS DURANTE LA PROGRAMACIÓN O INSCRIPCIÓN:

¿Cuál es su sexo legal?

Femenino – Masculino – Género X – Desconocido

¿Cuál fue el sexo que le otorgaron al nacer?

Femenino – Intersexo – Masculino - Desconocido

¿Con qué género se identifica?

Agénero	Género fluido	Mujer transgénero/de hombre a mujer
Bigénero	Género no enumerado	Hombre transgénero/de mujer a hombre
Elijo no informarlo	Género no binario	Dos espíritus
Cis o cisgénero	Masculino	Mujer o femenino/femme
Semi-varón	Hombre o masculino/masc	Desconocido
Semi-mujer	No binario	
Femenino		

¿Qué pronombres usa usted?

Él/Lo/Su (de él)	Nombre del paciente	Ellos(as)/Los(as)/Sus (de ellos(as))
Otro	Ella/La/Su (de ella)	Desconocido

¿Cuál es su raza?

Afgano	Primeras naciones	Nepalés o nepalesa
Afrocaribeño	Guamano o chamorro	Norteafricano
Nativo de Alaska	Hmong	Oromo
Afgano	Hindú	Otra raza
Afrocaribeño	Indígena-Latino o	Isleño del Pacífico
Nativo de Alaska	Indígena-Latinx	Paquistaní
Indígena americano	Indonesio	El(la) paciente se niega a responder
Árabe	Iraní	Puertorriqueño
Asiático	Iraquí	Rumano
Bamaro/Birmano/Burmés	Japonés o japonesa	Ruso
Bangladesí	Jordano	Samoano
Butanés o butanesa	Kareniano	Árabe saudí
Negro o afroamericano	Keniano	Somalí
Centroamericano	Khmer/Cambodiano	Sudafricano
Cham	Coreano	Sudamericano
Chicano o Chicax	Kuwaití	Sirio
Chino	Laosiano	Taiwanés o taiwanesa
Congolés o congoleña	Libanés o libanesa	Tailandés o tailandesa
Cubano	Malasio	Tongano
Dominicano	Marshalés o marshalesa	Ugandés o ugandesa
Egipcio	Mestizo	Ucraniano
Eritreo	Mexicano, méxicoamericano	El(la) paciente lo desconoce
Etíope	De oriente medio	Vietnamita
Fiyano	Mién	Blanco o caucásico
Filipino	Marroquí	Yemení
	Nativo hawaiano	

¿De etnia hispana?

No –No hispano	El(la) paciente lo desconoce	Sí, mexicano,
El(la) paciente no desea responder	Sí – Otro origen hispano, latino o español	méxico-americano, chicano
No se pudo recopilar la información	Sí, cubano	Sí, puertorriqueño

¿Cuál es su idioma?

Aguacateco	Hmong	Otro método de comunicación
Amárico	Húngaro	Pastún/pushto
Árabe	Ilocano	El(la) paciente no desea responder
Armenio	Hindú	Polaco
Aguacateco	Italiano	Portugués
Bangladés	Japonés	Portugués (brasileño)
Bengalí	Kanjobal/Q'anjob'al	Punyabí/penyabí
Bosnio	Karen	Puyallup
Búlgaro	Khmer/Cambodiano	Rumano
Birmano	K'iche'	Ruso
Cantonés	Kiñaruanda	Lenguas salishanas
Chalchiteco	Coreano	Samoano
Chamorro	Kosraeano	Lengua de signos
Chino	Kurdo	Somalí
Chuukés	Kurindi (Rundi)	Español/Castellano
Criollo	Lakota Sioux	Suajili (Kiswahili)
Checoslovaco	Laosiano	Sueco
Darí	Lingala	Tagalo
Holandés	Lituano	Tamil
Inglés	Malayo	Téluo
Farsi (Persa)	Mam	Tailandés
Fiyiano	Mandarín	Tigrña
Filipino/Pilipino	Maratí	Tongano
Finlandés	Marshallés	Trique/triqui
Flamenco	Mien	Turco
Francés	Mixteco	Ucraniano
Alemán	Moldavo/rumano	El(la) paciente lo desconoce
Griego	Náhuatl	Urdu
Guyaratí	Nepalí	Vietnamita
Criollo haitiano	Noruego	Yakima
Hebreo	Oromo	Zapoteco
Hindi	Otro	

¿Discapacidades?

Lesión cerebral	Discapacidad de salud mental	El(la) paciente no desea responder
Afección médica crónica	Discapacidad neurocognitiva	Discapacidad física
Discapacidad del desarrollo	No corresponde (sin discapacidad ni afección médica)	Desconocido
Deficiencia auditiva	No está en la lista	Deficiencia visual
Discapacidad intelectual		Silla de ruedas

Reconocimiento de Condiciones para el Tratamiento y Declaraciones de Situación Financiera:

El(la) Paciente o el(la) Representante del(la) paciente abajo firmante(s) acusa(n) por el presente el recibo del Folleto de MultiCare Health System denominado "Aviso de Prácticas de Privacidad, Condiciones de Tratamiento, Declaraciones de Situación Financiera, Documentos de Derechos del Paciente y Asistencia Financiera", versión 87-9158-0J (Rev. 2/24), al cual se hace referencia aquí como El Folleto.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN: acepto la atención y el tratamiento de MultiCare Health System ("MultiCare"), que puede incluir exámenes, pruebas, estudios radiológicos, pruebas de laboratorio, anestesia y tratamientos médicos o quirúrgicos suministrados por parte de médicos, cirujanos y otros profesionales médicos independientes que participen en mi atención, tanto empleados por MultiCare como afiliados a MultiCare. La atención puede brindarse mediante plataformas de audio y video seguras o plataformas asíncronas con acceso a Internet. Se podrían requerir documentos y formularios de consentimiento adicionales para llevar a cabo procedimientos específicos. Entiendo que tengo derecho a formular preguntas acerca de mi atención en cualquier momento y a participar en las decisiones de dicha atención.

Aviso para pacientes de maternidad: la autorización para mi atención y la atención de mi bebé se aplicará a la atención que reciba hoy, así como a la atención futura relacionada con mi embarazo actual, hasta el momento del parto inclusive y a los servicios de estabilización posteriores.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO: AUSENCIA DE GARANTÍA DE RESULTADOS O CURACIÓN: no me han prometido o garantizado ningún resultado o curación. Entiendo que hay riesgos relacionados con el(los) procedimiento(s) quirúrgico(s), médico(s) o diagnóstico(s). Estos riesgos incluyen, entre otros, la posibilidad de contraer una infección o de padecer coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragias, reacciones alérgicas e incluso la muerte.

FOTOGRAFÍAS PARA EL TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO Y/O IDENTIFICACIÓN: a los fines de diagnóstico y tratamiento, doy mi autorización para que me tomen y utilicen imágenes tales como fotografías. Esto incluye métodos de monitoreo o grabación electrónicos y por video. Estas imágenes pueden utilizarse para añadirse a la información escrita acerca de mi enfermedad o lesión. Algunas imágenes se usan una vez y se descartan inmediatamente cuando ya no se necesitan. Otras pueden conservarse como parte del expediente médico, a discreción de los profesionales que me prestan atención. También podrían tomarme fotografías con fines de identificación.

IMÁGENES O GRABACIONES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA: entiendo que debo obtener la autorización de todos los profesionales de atención médica y de cualquier otra persona presente antes de que pueda tomar fotografías o videos de cualquier miembro de mi equipo de atención. También entiendo que no puedo grabar las conversaciones con ningún medio sin primero recibir la autorización de todas las personas que vayan a ser grabadas. En ningún momento puedo tomar fotos o grabaciones de otros pacientes o de su información.

MÉDICOS Y PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA NO EMPLEADOS: entiendo que hay médicos y otros profesionales que ejercen sus funciones en MultiCare, pero que no son empleados de MultiCare. Estas personas son profesionales independientes y no son empleados o agentes de MultiCare. Se incluyen, entre otros: anestesiólogos, radiólogos, médicos de emergencia, patólogos, especialistas en medicina interna/internistas, neonatólogos y médicos de la UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos). También incluye a los

médicos y profesionales sanitarios de los departamentos de emergencia de MultiCare Allenmore, Auburn Medical Center, Capital Medical Center, Covington, Deaconess, Good Samaritan, NAVOS, Tacoma General, Valley y el Yakima Memorial Hospital, así como a algunos profesionales de telesalud. Entiendo que estos profesionales usan su propio criterio independiente para ofrecer atención médica y tratamiento. MultiCare no controla la atención médica ni el tratamiento que estos profesionales ofrecen. Entiendo que MultiCare me ha proporcionado una lista de todos los profesionales o grupos independientes que me ofrecen atención, junto con su información de contacto dentro de este folleto (en la sección: Cómo interpretar su factura). Entiendo que podría recibir facturas por separado por los servicios que dichos terceros ofrecen.

ACUERDO FINANCIERO: acepto pagar a MultiCare por la atención recibida, según sus tasas y términos regulares correspondientes a mi atención y a cualquier cobertura de seguro médico que tenga. Autorizo a MultiCare para que apele cualquier rechazo recibido por parte de mi compañía de seguros. Si un tercero responsable de los pagos no paga, acepto pagar por los servicios recibidos, con sujeción a cualquier disposición contractual o regulatoria del gobierno que se encuentre vigente. Si un tercero fue el causante de mis lesiones, entiendo que MultiCare podrá presentar un derecho de retención por servicios médicos según lo previsto en la RCW 60.44.010 (este derecho de retención solo se impone a una porción de los importes provenientes de cualquier convenio entre mi persona y el tercero causante de mis lesiones). Si se envía mi factura a un abogado o a una agencia de cobros, pagaré todas las costas y honorarios razonables de los abogados, junto con los intereses y cualquier otro monto que se deba. La información acerca de los cargos estimados por los servicios sanitarios está disponible a petición. Entiendo que tengo derecho a solicitar esta información.

AGENTES Y CONTRATISTAS: siempre que se hace referencia a "MultiCare" en el presente documento, ese término pretende incluir a sus empleados, funcionarios, agentes, abogados, agentes de responsabilidad y reclamaciones de interesados y terceros, administradores de reclamaciones de terceros y agencias de cobro, así como sus agentes o empleados, para recibir cualquier información que MultiCare tendría derecho a recibir.

MEDICARE: el seguro de MultiCare y los procedimientos de facturación al paciente son compatibles con los requisitos establecidos por el CMS. Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que debo pagar por los servicios que el Programa de Medicare no cubra. Esto podría incluir, entre otros, cirugía cosmética, tratamiento dental, recetas hospitalarias y medicamentos de "venta libre", servicios de enfermería particulares, servicios que no se necesiten a nivel médico, artículos personales, servicios cubiertos por el seguro del vehículo o de responsabilidad civil, o cuando un tercero es responsable por cualquier accidente o lesión que dé como resultado mi necesidad de recibir atención sanitaria, así como cualquier otro servicio que Medicare no cubra. Si permanezco en el hospital en cualquier momento después de que se haya determinado que los servicios que Medicare cubre ya no son médicamente necesarios, entiendo que seré responsable a título personal del pago de dichos servicios después de que ya no se me certifique más como paciente cubierto por Medicare.

COSEGURO: puede que haya un coseguro para la atención de la salud relacionado con mi Medicare u otros beneficios del seguro. Entiendo que deberé pagar un coseguro más alto por los servicios recibidos por una clínica o por un departamento dentro del hospital. Si estos servicios se proporcionaron en un ámbito no hospitalario, mi coseguro sería menor.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS; PERMISO PARA AUTORIZAR A MULTICARE A DETERMINAR, APLICAR Y OBTENER BENEFICIOS, INFORMACIÓN Y PAGO:

autorizo a que el pago procedente de mi seguro o los pagos por parte de terceros se hagan directamente a MultiCare. Permiso que MultiCare, a su juicio exclusivo, determine, aplique y obtenga beneficios, y reciba el pago de cualquiera o de todas las fuentes de pago disponibles hasta que mi factura se pague por completo. Entiendo y acepto que, en la medida necesaria, para recibir el pago o reembolso por los servicios proporcionados en MultiCare, autorizo a MultiCare a que tenga acceso a los informes de accidentes correspondientes, informes de lesiones industriales (compensación laboral) y/o de la policía, del departamento de bomberos u otros organismos de primeros auxilios o investigaciones relacionadas con mi tratamiento o lesión, así como cualquier registro de cualquier reclamo, demanda, reclamo de seguro o investigaciones que se refieran a mi atención médica y tratamiento, o a las circunstancias que condujeron al mismo, junto con cualquier informe de crédito y/o al consumidor correspondiente. Además, autorizo a cualquier agencia gubernamental o administrativa federal, estatal o local correspondiente a que divulgue plena y totalmente todos y cada uno de mis expedientes o información de incidentes que tengan sobre mí, relacionados con mi atención o con las circunstancias que condujeron a mi necesidad de atención, a petición de MultiCare.

AUTORIZACIONES PARA EL USO DE TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJERÍA DE TEXTO:

doy mi autorización y consentimiento a MultiCare para que se comuniquen conmigo por correo electrónico o a través de cualquier número telefónico asociado conmigo, incluidos los números inalámbricos (celular), para cualquier propósito relacionado con mi atención, incluida la disponibilidad de servicios en MultiCare. También certifico que soy el propietario o usuario consuetudinario del o los número(s) de teléfono suministrado(s), y tengo autoridad para dar el permiso y consentimiento para el contacto aquí descrito. Este consentimiento y autorización incluye: (1) dejar mensajes en una contestadora automática y de correo de voz para mí, e incluir en dichos mensajes la información requerida por la ley (incluidas las leyes de cobro de deudas) o relacionada con los montos adeudados por mí; (2) enviarme mensajes o correos electrónicos usando cualquiera de las direcciones de correo electrónico o dispositivos celulares que he proporcionado; (3) enviarme facturas digitales por correo electrónico o notificaciones de texto; (4) usar mensajes de voz pregrabados o artificiales; y (5) usar dispositivos de marcado automático ("automarcador") relacionados con cualquiera de estas comunicaciones. Entiendo que no tengo la obligación de aceptar mensajes en estos formatos como condición de recibir mensajes de MultiCare. Entiendo que tengo la opción de "exclusión voluntaria" para dejar de recibir mensajes tales como correos electrónicos o mensajes de texto, la cual puedo ejercer en cualquier momento siguiendo las instrucciones de exclusión voluntaria que figuran en cada mensaje de texto o notificando por escrito a MultiCare que ya no deseo recibir tales comunicaciones a través de dichos medios. Entiendo que estos procesos de exclusión voluntaria podrían tomar hasta diez (10) días hábiles para que se hagan efectivos. A menos que haya optado por la exclusión voluntaria, puedo continuar recibiendo las comunicaciones después de que finalice este formulario de consentimiento.

CORREO ELECTRÓNICO QUE CONTENGA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA;

MYCHART: entiendo que intercambiar mi correo electrónico, mensajes de texto u otra comunicación por escrito con mi(s) profesional(es) sanitario(s) u otros miembros de mi equipo de atención médica, puede dar como resultado que mi información sanitaria protegida sea divulgada a personas no autorizadas y que MultiCare no puede controlar quién ve dicha

información cuando se envía en un formato sin encriptar. Entiendo que MultiCare ofrece "MyChart" a todos los pacientes, cuyo sistema brinda una vía totalmente encriptada y protegida de comunicación con la mayoría de sus proveedores, aunque no todos los proveedores de MultiCare opten por utilizar MyChart. Si inicio o respondo a comunicaciones usando vías no encriptadas, asumo el riesgo de que mi información pueda verse comprometida, y autorizo a MultiCare y a sus proveedores a comunicarse conmigo usando ese proceso, a menos que o hasta que decida excluirme de dichas vías de comunicación notificando a MultiCare por escrito, permitiendo hasta diez días hábiles para implementar cualquier cambio en mis vías de comunicación. Tenemos derecho a retirar los privilegios de MyChart por comportamiento inapropiado.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA O TESTAMENTO VITAL: entiendo que una instrucción anticipada de atención médica, también denominada testamento vital, me permite elegir si deseo tratamientos de soporte vital y de otro tipo en ciertas situaciones, y también me permite elegir a alguien para que tome decisiones en mi nombre, si es necesario. Entiendo que tengo el derecho de crear una Voluntad/Instrucción Anticipada sobre Atención Médica.

PODER NOTARIAL SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA: entiendo que tengo el derecho de nominar a otra persona o personas para que tomen decisiones sobre mi atención médica en mi nombre, en el caso de que no pueda tomar dicha decisión por mí mismo. Entiendo que puedo nominar a dicha persona al usar un formulario de Poder Notarial Permanente para Asuntos Médicos (DPOAH, por sus siglas en inglés). La persona a quien nomine se conoce como representante de atención médica, apoderado legal, sustituto o tomador de decisiones médicas. Aunque ninguno de estos formularios es necesario para el tratamiento, entiendo que suministrarle a MultiCare una copia de mi voluntad/instrucción anticipada y/o poder notarial para asuntos médicos ayudará a mi equipo de atención médica a entender mis deseos.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS SOBRE SALUD MENTAL Y PODER NOTARIAL: entiendo también que tengo el derecho de emitir Instrucciones Anticipadas sobre Salud Mental, que ayudarán a mi equipo de atención médica a comprender cuáles son mis deseos en cuanto a la atención y el tratamiento de salud mental. También puedo emitir un Poder Notarial para Asuntos de Salud Mental, en el que puedo nominar a otra persona o personas para que tomen decisiones sobre mi salud mental en mi nombre.

POLST: entiendo que las Órdenes Médicas para el Tratamiento de Soporte Vital (POLST, por sus siglas en inglés) son órdenes médicas que se usan para comunicar las decisiones de atención médica a los proveedores de atención médica y a los equipos de respuesta de emergencia. Si he llenado un formulario POLST con mi médico, acepto que los profesionales sanitarios puedan utilizar dicho formulario como guía para mi plan de atención médica.

Encontrará disponible más información y formularios descargables en <https://www.multicare.org/for-patients/>. Si lo solicito, entiendo que el folleto está disponible en inglés, español, ruso y vietnamita.

Este consentimiento tendrá una validez de un año a partir de la fecha de su firma.

Fechado el día _____ de _____ de 20_____.

Firma del paciente: _____
La firma electrónica debe ingresarse aquí

*La inscripción en MyChart aún no está disponible para los pacientes del área de Yakima

CONDICIONES DE TRATAMIENTO, CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN, DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FINANCIERA Y DOCUMENTOS SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE

MULTICARE: entiendo que MultiCare trabaja con numerosos hospitales, clínicas hospitalarias y ambulatorias, centros de atención de urgencias y departamentos de emergencias, incluidos los departamentos de emergencia gratuitos, además de numerosos laboratorios, centros de diagnóstico por imagen y servicios de telesalud. Para ver la lista completa de todos los centros de MultiCare, visite el sitio www.multicare.org. Entiendo que podrán brindarme parte de mi atención sanitaria en más de un centro o ubicación, incluso cuando no me traslade entre las instalaciones.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: MultiCare utilizará y divulgará mi información con el fin de continuar el tratamiento y la atención, el pago por los servicios de atención médica, por operaciones de atención médica y según se contempla en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Para revisar este documento, visite el sitio web: <https://www.multicare.org/patient-privacy/>

EXPOSICIÓN DEL TRABAJADOR DEL ÁREA MÉDICA Y ANÁLISIS DE SANGRE: acepto que si cualquier trabajador del área médica (incluidos policías, bomberos u otro socorrista) se expone a mi sangre u otros fluidos corporales, MultiCare podría examinar mi sangre, tejidos u otro fluido corporal para determinar cualquier enfermedad transmisible, como hepatitis, VIH, sífilis o cualquier otra enfermedad transmisible. Entiendo que cualquier resultado recibido de los análisis debido a dicha exposición puede que no aparezca en mi expediente médico, a menos que reciba tratamiento por separado debido a cualquier resultado positivo de un análisis en una instalación de MultiCare. Los resultados de los análisis se pueden compartir con el trabajador expuesto y/o con su(s) proveedor(es) de atención médica. Entiendo que una prueba positiva de VIH o anticuerpos de Hepatitis C debe informarse al departamento de salud local. Entiendo que MultiCare u otras entidades podrían comunicarse conmigo en el caso de que mi prueba sea positiva.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: reconozco que se me han suministrado u ofrecido los siguientes folletos informativos y entiendo que están disponibles a petición copias adicionales impresas o en el sitio web de MultiCare: www.multicare.org. Muchos de los formularios de MultiCare también están traducidos a otros idiomas, y preguntaré si necesito una versión traducida de cualquier formulario:

Responsabilidades y derechos del paciente: este folleto contiene información importante acerca de mis derechos y responsabilidades como paciente. Incluye los procedimientos de MultiCare para resolver reclamaciones.

Aviso sobre prácticas de privacidad: describe mis derechos de privacidad y las maneras en que MultiCare podría utilizar y compartir mi información personal de salud y cómo su participación en varios Acuerdos de Atención Médica Organizados o Grupos de Trabajo Clínicamente Integrados u otras Organizaciones de Atención Responsables podría afectar el uso de mi información sanitaria protegida.

Asistencia financiera: MultiCare ofrece Asistencia Financiera según la capacidad de pago de un individuo por los servicios médicamente necesarios de atención sanitaria.

Para más opción sobre la Asistencia financiera, llame al 833-936-0515, o visite www.multicare.org/patient-resources/financial-assistance/.

Otros: también es posible que me proporcionen otros folletos o documentos relacionados con mis condiciones específicas de salud, ahora o en el futuro. Estos pueden incluir comunicaciones relacionadas con mi sexo, edad y estado de salud general, o relacionadas con diagnósticos específicos, así como información general o específica sobre programas o servicios ofrecidos por MultiCare o en colaboración con la misma.

Víctimas de delitos: puede haber recursos disponibles para víctimas a través del Programa de Compensación a Víctimas de Delitos (CVCP, por sus siglas en inglés) para brindar asistencia en cuanto a muchos de los costos asociados por delitos violentos. Para obtener mayor información sobre el tratamiento médico y los servicios de orientación, comuníquese con el CVCP por el 1-800-762-3716 o visite el sitio web:

<https://www.lni.wa.gov/claims/crime-victim-claims/apply-for-crime-victim-benefits/>.

Servicios de traducción e interpretación: si el idioma inglés es su segunda lengua o necesita la ayuda de un traductor, infórmenos y se le proporcionarán dichos servicios.

SERVICIOS PARA SORDOS / SORDO-CIEGOS / PERSONAS CON DIFICULTADES

AUDITIVAS: para garantizar una comunicación eficaz con los pacientes y sus acompañantes sordos, sordociegos o con dificultades auditivas, proporcionamos ayudas y servicios auxiliares apropiados de forma gratuita al paciente o acompañante, incluidos intérpretes de lengua de signos y orales, servicios de interpretación remota por vídeo, materiales escritos, amplificadores de auriculares telefónicos, dispositivos y sistemas de ayuda auditiva, teléfonos compatibles con audífonos, televisores con capacidad de subtítulos o descodificadores de subtítulos y subtítulos abiertos y cerrados de la mayoría de los programas del Hospital. Solicite ayuda a su enfermera o a otro profesional médico o póngase en contacto con el Servicio de Intérpretes llamando al 1-888-210-3396 para la región de Puget Sound, al 1-855-593-0325 para el interior del noroeste y al 1-833-677-5786 para Yakima.

DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD: MultiCare no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad de género o por cualquier otra razón prohibida por la ley estatal o federal, en lo que se refiere a ofrecerle atención y tratamiento o participación en sus programas, servicios, actividades o empleo. MultiCare suministra alojamientos razonables, los cuales incluyen asistencia gratuita y servicios para las personas con discapacidades para participar o comunicarse efectivamente con nosotros. Si usted está preocupado por la discriminación en MultiCare, por favor, comuníquese con nosotros a través de:

Oficina de Privacidad y Derechos Civiles

Teléfono: 866-264-6121

Correo electrónico: compliance@multicare.org

Para ver nuestra política de Cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable, visite: www.multicare.org/complaints-policy.

ESTUDIANTES PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA: bajo la supervisión de mi equipo de atención médica, entiendo que podrán participar en mi atención y tratamiento los médicos residentes, los estudiantes de medicina, los estudiantes de enfermería u otros pasantes.

ARTÍCULOS DE VALOR: si conservo algún artículo de valor - como anillos de boda, joyería, relojes de pulsera, dentaduras postizas, lentes, audífonos o cualquier otro efecto personal, en lugar de enviarlos a casa, MultiCare no se hará responsable de la pérdida o daño de ninguna propiedad personal que conserve conmigo. Reconozco que MultiCare recomienda que no traiga ni conserve artículos de valor conmigo durante mi permanencia en las instalaciones de MultiCare.

DISPOSICIÓN DE TEJIDOS EXTRAÍDOS: autorizo a mi médico o cirujano, y/o a MultiCare, para que tome la decisión de retener o desechar cualquier tejido que se me extraiga durante cualquier examen, tratamiento o procedimiento(s).

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: acepto que MultiCare podría comunicarse conmigo por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto después de que reciba mi atención o tratamiento, para preguntarme acerca de mi experiencia como paciente. Entiendo que MultiCare utiliza una agencia independiente para realizar dicha encuesta. Entiendo que no tengo la obligación de responder la encuesta y que mi participación (o no) en cualquier encuesta no afecta ninguna atención que reciba.

COMPORTAMIENTO INAPROPIADO: entiendo que MultiCare tiene una política de "tolerancia cero" ante el comportamiento inapropiado, que incluye cualquier comportamiento que le dificulte al equipo de atención sanitaria prestar sus servicios. Los comportamientos inapropiados incluyen hacer observaciones discriminatorias o amenazantes al equipo de atención médica o a otros pacientes y visitantes. Esta política protege a todos los pacientes, familiares, visitantes y a los empleados y profesionales sanitarios de MultiCare. Acepto informar cualquier comportamiento inapropiado a mi equipo de atención médica y tomar todas las medidas que considere razonables para evitar participar en cualquier comportamiento inapropiado, ya sea a nivel personal o a través de cualquier amigo o miembro de mi familia. Las personas que muestren un comportamiento inapropiado podrían verse privadas de llamar, visitar o participar de otra manera en mi atención.

SUSTITUTO PARA LA TOMA DE DECISIONES: si no soy capaz de firmar por mí mismo esta aceptación de condiciones, entiendo que mi(s) sustituto(s) legal(es) para tomar decisiones firmará(n) dicha aceptación en mi nombre, a menos que mi consentimiento para recibir tratamiento esté implícito en una ley de Washington (es decir, debido a una emergencia médica). Si esta aceptación es firmada por un sustituto, tendrá la misma fuerza y efecto que si la hubiera firmado yo directamente, en un momento y en circunstancias en las que, de lo contrario, se me hubiera considerado competente. Entiendo la importancia de informarle mi voluntad a mis posibles sustitutos de toma de decisiones mediante el uso de formularios de voluntades/instrucciones anticipadas para atención médica u otros medios, a medida que mis condiciones de salud cambien con el tiempo.

Derechos y responsabilidades del paciente



DERECHOS LEGALES DEL PACIENTE

Usted tiene derecho a:

- recibir tratamiento y atención con dignidad y respeto;
- no recibir ninguna forma de contención o aislamiento utilizado como medio de conveniencia, disciplina, coerción o toma de represalias; y estar sujeto al menor método restrictivo de contención o aislamiento utilizado solo cuando sea necesario para garantizar la seguridad del paciente;
- la confidencialidad, la privacidad, la seguridad, la resolución de reclamos, la atención espiritual y la comunicación. Si son necesarias las restricciones de comunicación para asegurar la atención y la seguridad del paciente, documentaremos y le explicaremos dichas restricciones a usted y a su familia;
- ser protegido del abuso y la negligencia; y
 - ~ tener acceso a los servicios de protección;
- hacer una reclamación con respecto a su atención y tratamiento sin temor a represalias o negación de la atención;
- la resolución de las reclamaciones en forma oportuna;
- participar en todos los aspectos de su atención, entre ellos:
 - ~ Rechazar la atención y el tratamiento; y
 - ~ Resolver los problemas con respecto a las decisiones de su atención;
- la información de resultados imprevistos que le sean proporcionados a usted o a su familia o a cualquier sustituto de toma de decisiones que usted haya identificado;
- que le informen y a estar de acuerdo con la atención;
- la opinión de su familia en las decisiones de su atención;
- expresar sus instrucciones anticipadas y que el hospital respete y siga dichas instrucciones;
- solicitar que no lo resuciten ni le apliquen ningún tratamiento para mantenerlo con vida;
- cuidados paliativos;
- donar órganos y otros tejidos con:
 - ~ La opinión del personal médico; y
 - ~ Las instrucciones de su familia o de las personas que usted haya delegado para la toma de decisiones;
- recibir a los visitantes a quienes usted haya designado, entre ellos: un cónyuge, una pareja de hecho, otro familiar o amigo, y tiene derecho a retirar o negar tal consentimiento en cualquier momento. No se limitan los visitantes por temas de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad u otra clasificación prohibida.
- una declaración por escrito de estos derechos del paciente. Este aviso también está disponible en www.multicare.org

MULTICARE HA ADOPTADO E IMPLEMENTADO POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA:

- Identificar pacientes que sean posibles donantes de órganos y tejidos;
- Dirigir estudios, investigaciones y ensayos clínicos, entre ellos:
 - ~ Cómo autorizar la investigación si usted elige participar en ella;
 - ~ Solicitarle al personal que siga las leyes del consentimiento informado; y
 - ~ No impedir su acceso a la atención, si rechaza participar en un estudio de investigación.
- Garantizar que cada paciente (o la persona de apoyo, cuando corresponda):
 - ~ Reciba información sobre su derecho como paciente a recibir visitas, (Consulte *DERECHOS LEGALES DEL PACIENTE*)
 - ~ Tenga el derecho, sujeto a su consentimiento, de recibir a los visitantes que designe, incluyendo, entre otros, al cónyuge, la pareja de hecho (que incluye a la pareja o cónyuge del mismo sexo), otro miembro de la familia, o un amigo y el derecho a retirar o negar tal consentimiento en cualquier momento.
 - ~ Que los pacientes sean informados sobre las restricciones del hospital y de la clínica en cuanto al régimen de visitas, de acuerdo con los criterios de la clínica y otros criterios; es decir, restricciones por prevención de infecciones, restricciones por comportamiento, etc., según corresponda.
- No restringir, limitar o, de cualquier otro modo, negar privilegios de visita por cuestiones de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.
- Garantizar que todos los visitantes disfruten de los privilegios de la visita totales e iguales, de acuerdo con las preferencias del paciente.

ÉTICA Y DERECHOS ADICIONALES DEL PACIENTE

Usted tiene derecho a:

- un intérprete, sin costo alguno.
- conocer su condición y que se le informen los resultados de su atención, incluyendo cualquier imprevisto.
- una comunicación efectiva que le brinde información en una manera que usted entienda, que cumpla con sus necesidades en el caso de sufrir algún trastorno de la visión, el habla, la audición o una discapacidad cognitiva.
- recibir tratamiento para el dolor.
- comprender las opciones de tratamiento que abarcan las alternativas (sin incluir el tratamiento), los riesgos y los beneficios.
- obtener una segunda opinión.
- conocer el nombre y el cargo de cada persona que lo atienda.
- conocer los medicamentos, el equipo utilizado y los recursos comunitarios que pudiera necesitar.
- elegir si le gustaría o no participar en estudios de investigación relacionados con su tratamiento. Si desea participar en este tipo de estudio, debe tener información completa acerca del estudio y firmar un consentimiento. Si elige no participar, su atención médica no se verá afectada de manera negativa.
- que le expliquen todos los detalles de la facturación.

-
- obtener copias de su expediente médico. Puede hacerlo comunicándose con MultiCare, Departamento de Información Sanitaria (expedientes médicos) a través de:
 - Hospitales y Clínicas Médicas de MultiCare de Puget Sound: 253-403-2433
 - MultiCare Capital Medical Center: 360-706-6450
 - MultiCare Deaconess Hospital: 509-603-7421
 - MultiCare Valley Hospital: 509-603-5599
 - MultiCare Yakima Memorial Hospital: 509-575-8082
 - MultiCare Rockwood Clinic: 509-342-3955
 - Red de Salud Conductual: MultiCare Behavioral Health 253-697-8530
Greater Lakes: 253-620-5150 | Navos: 206-257-6608

DUDAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES: si tiene alguna inquietud con respecto a la atención o al servicio prestado en cualquier centro de MultiCare, nos gustaría conversar con usted. Puede presentar esta reclamación sin temor a represalias o a que le nieguen la atención mediante:

- La notificación de su inquietud a cualquier miembro del personal, durante su visita o permanencia;
- Una conversación directa con un gerente acerca de su inquietud.

Para MultiCare Puget Sound Region

- Llame al: 253-403-1739
- Envíenos un correo electrónico a: patientandfamilyrelations@multicare.org
- Escríbanos a: MultiCare Health System
MS: 315-3C-CE ● PO Box 5299, Tacoma, WA 98415-0299

Para MultiCare Capital Medical Center:

- Llame al: 360-706-6082
- Envíenos un correo electrónico a: patientandfamilyrelations@multicare.org
- Escríbanos a: MultiCare Capital Medical Center
3900 Capital Mall Drive SW Olympia, WA 98502

Para MultiCare Deaconess Hospital:

- Llame al: 509-603-3223
- Envíenos un correo electrónico a: patientandfamilyrelations@multicare.org
- Escríbanos a: MultiCare Deaconess Hospital / Atn.: Relaciones con el paciente y la familia
800 W. 5th Avenue, Spokane, WA 99204

Para MultiCare Valley Hospital:

- Llame al: 509-603-5853
- Envíenos un correo electrónico a: patientandfamilyrelations@multicare.org
- Escríbanos a: MultiCare Valley Hospital / Atn.: Relaciones con el paciente y la familia
12606 E. Mission Avenue, Spokane Valley, WA 99216

Para MultiCare Yakima Memorial Hospital:

- Llame al: 509-469-5411
- Envíenos un correo electrónico a: patientrelations@yvmh.org
- Escríbanos a: MultiCare Yakima Memorial Hospital / Atn.: Relaciones con el paciente y la familia
2811 Tieton Drive, Yakima WA 98902

Para MultiCare Rockwood Clinic:

- Llame al: 509-530-6021
- Envíenos un correo electrónico a: patientandfamilyrelations@multicare.org

Cuando recibamos su reclamación, la enviaremos a una persona con la autoridad correspondiente para que la revise. Esto incluye todas las reclamaciones relacionadas con la atención recibida en el entorno ambulatorio y en el entorno de cuidados intensivos.

Si no podemos resolver inmediatamente su problema (el proceso que se describe a continuación solo se aplica a los centros de atención de casos agudos y NO se sigue en los centros de atención ambulatoria INW):

- Le notificaremos por escrito que se ha abierto una reclamación formal dentro de un plazo de 7 días hábiles.
- Le proporcionaremos una comunicación de cierre por escrito dentro de un plazo de 30 días hábiles.

La carta contendrá:

- Las medidas básicas tomadas para revisar sus inquietudes
- Los resultados de la revisión
- Las medidas tomadas para resolver el problema

Si no es posible proporcionar el cierre del caso en el plazo de 30 días hábiles, le enviaremos una notificación por escrito cada 30 días hábiles, hasta que podamos revisar y resolver sus reclamaciones.

La carta contendrá:

- Las medidas básicas tomadas para revisar sus inquietudes
- Los resultados de la revisión
- Las medidas tomadas para resolver el problema

Para problemas relacionados con privacidad, cumplimiento o discriminación, por favor, llame al: 1-866-264-6121 o envíe un correo electrónico a: compliance@multicare.org.

USTED TIENE DERECHO A PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN ANTE EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE WASHINGTON AL 800-633-6828, O PUEDE ESCRIBIR A WA DOH, HEALTH SYSTEMS QUALITY ASSURANCE, COMPLAINT INTAKE, P.O. BOX 47857, OLYMPIA WA 98504.

- El sistema de reclamación para el estado está disponible en línea a través de hsqacomplaintintake@doh.wa.gov

O puede comunicarse con uno de los siguientes contactos:

- Adult Protective Services (Servicios de protección para adultos) **877-734-6277**
- Child Protective Services (Servicios de protección infantil) **800-422-7517**
- Consumer Protection Agency (Agencia de protección al consumidor) ... **800-551-4636**
- Health Facilities and Services Licensing
(Licencias para instalaciones y servicios de salud) **800-633-6828**
- Medicaid Fraud Control Unit (Unidad de control de fraude de Medicaid) **360-586-8888**
- State Attorney General (Procurador general del Estado) **360-753-6200**
- La Comisión Conjunta **www.jointcommission.org o 800-994-6610**

Además, podría comunicarse con Kepro llamando al 1-888-305-6759, o al 855-843-4776 (TTY) si tiene problemas con la calidad de la atención, las decisiones de cobertura del seguro o para apelar un alta prematura.

Responsabilidades del paciente

- Informe a alguien si no comprende la información.
- Díganos todo lo que sepa acerca de su salud.
- Informe a alguien si hay cambios en su enfermedad.

-
- Participe en la toma de decisiones, siga las instrucciones y acepte la responsabilidad de sus elecciones.
 - Respete los derechos y la privacidad de los demás.
 - Si no puede asistir a una cita, infórmenos tan pronto como sea posible.
 - Encárguese de su factura con prontitud e infórmele al departamento de facturación si necesita realizar algún acuerdo especial de pago.
 - Diríjase al Departamento de Relaciones del Paciente y la Familia si necesita más información o ayuda.

Los pacientes también son responsables de las siguientes normas y reglamentos de MultiCare Health System, que afectan la atención y la conducta del paciente:

- Los pacientes no deben fumar ningún tipo de sustancia (tabaco, marihuana o dispositivos de nicotina vaporizada) ni utilizar ningún tipo de productos de tabaco en los centros de MultiCare.
- Los pacientes no deben molestar a otros pacientes.
- Ni los pacientes ni los miembros de su familia pueden interferir en la atención proporcionada a otros pacientes ni las operaciones del Sistema de Salud de MultiCare.
- Los pacientes no pueden llevar a cabo ningún tipo de actividad ilegal en las instalaciones del Sistema de Salud de MultiCare.
- Los pacientes son responsables de proporcionar la información adecuada de identificación personal.
- Los pacientes son responsables de mostrar consideración con los derechos de otros pacientes y el personal del Sistema de Salud de MultiCare.
- Los pacientes son responsables de informar a su equipo médico si tienen necesidades especiales.
- Los pacientes son responsables de mostrar respeto con la propiedad de otras personas y el Sistema de Salud de MultiCare.
- Los pacientes son responsables de informar a su equipo médico si tienen reclamaciones o problemas. Por favor, informe cualquier reclamación o problema a uno de los miembros de su equipo de atención médica, quien se comunicará con el personal que corresponda. También se puede notificar las quejas y reclamaciones al departamento de Relaciones con el paciente y la familia.

Derechos especiales de los adolescentes

Además de los derechos de los pacientes antes mencionados, la ley estipula los siguientes derechos para los pacientes adolescentes:

- Un paciente menor de 13 años de edad o mayor podrá dar su consentimiento para el tratamiento ambulatorio de la salud mental y los problemas de abuso de sustancias (drogas y alcohol).
- Un paciente menor de 14 años de edad o mayor podrá dar su consentimiento para el tratamiento ambulatorio de enfermedades de transmisión sexual.
- Un paciente menor, independientemente de su edad, podría dar su consentimiento para el control de la natalidad o la atención relacionada con su embarazo.
- Los menores de edad emancipados podrán dar su consentimiento para su propio tratamiento.
- Si desea ser visto para el diagnóstico/tratamiento de una de las anteriores situaciones, méncionelo cuando solicite la cita al programador de citas y a su médico.

Cómo interpretar su factura

La facturación de la atención médica es complicada. Aunque a todas las personas se les cobra lo mismo, los diferentes planes de seguro podrían indicar que los pacientes sean responsables del pago de diferentes importes por el mismo servicio. Esto se debe a que es fundamental darle la información correcta personal y del seguro a su profesional sanitario. Si recibe preguntas de seguimiento por parte de su plan de seguro o de su profesional de atención médica, por favor, responda lo antes posible.

PREGUNTAS E INQUIETUDES ACERCA DE SU FACTURA DEL HOSPITAL

Cómo interpretar su factura

- Por favor, comuníquese con Servicio de Facturación al Cliente al 800-919-1936
- Para MultiCare Yakima Memorial Hospital Billing comuníquese con el 509-746-3450

Formas de pago de su factura

- En línea, con tarjeta de crédito en su cuenta segura de MyChart*
- En línea, con tarjeta de crédito usando la opción "Pagar como invitado" (Pay as a Guest)
- Pagos de plan de pagos directo a CarePayment
- Por correo
- Por teléfono



Para pacientes de MultiCare Yakima Memorial Hospital solamente

- En línea, con tarjeta de crédito usando el portal de pago Instamed
- En línea, con tarjeta de crédito usando la opción "Pagar como invitado" (Pay as a Guest)
- Por correo
- Por teléfono

¿Necesita ayuda para pagar su factura?

MultiCare ofrece opciones de pago asequibles

- MultiCare se ha asociado con CarePayment para ofrecer opciones de planes de pago con cero interés. Una inscripción fácil y términos sencillos le permiten pagar su saldo a lo largo del tiempo; no es una agencia de cobranza ni una compañía de tarjeta de crédito. Comuníquese con CarePayment al 866-625-8532 o visite www.learn.carepayment.com/ Multicare para conocer los detalles adicionales sobre la inscripción.
- Para Yakima Payment Plan, llame al: 509-575-8255

Se ofrece ayuda financiera para quienes cumplan con los requisitos para recibirla

- Visite www.multicare.org/financial-assistance para recibir las solicitudes, las instrucciones y la información adicional
- www.yakimamemorial.org/patients-visitors/billing-information/financial-assistance/

Verifique si cumple con los requisitos para los programas de Medicaid o de otro seguro público

- Por favor, comuníquese con nuestro equipo de Orientación Financiera para el Paciente en el 833-936-0515
- Equipo de coordinación de Multicare Yakima Memorial Hospital 509-575-8799

CLÍNICAS HOSPITALARIAS – Varias de nuestras clínicas y otras instalaciones donde usted recibe atención están clasificadas como clínicas hospitalarias. Los pacientes podrán incurrir en gastos de su propio bolsillo adicionales en una clínica hospitalaria, debido a que el servicio clínico en dichas clínicas puede facturarse como un servicio hospitalario ambulatorio, además de la factura por los servicios profesionales (es decir, la factura de su médico).

MultiCare ha tomado medidas para ayudar a que los pacientes sepan si se les está brindando atención en una clínica hospitalaria, mediante la exhibición de un afiche en cualquier centro designado como una clínica hospitalaria. También puede llamar a la clínica antes de su visita para saber si estas son clínicas hospitalarias.

Conozca sus derechos según la Ley de Protección de Facturación de Saldo Inesperado y la Ley de No Sorpresas – A partir del 1.º de enero de 2022, las leyes federales y del estado de Washington le protegen de la "facturación sorpresa" o la "facturación de saldo inesperado" si recibe atención de emergencia o recibe tratamiento en un hospital de la red o en una instalación de cirugía ambulatoria.

¿Qué es una "facturación sorpresa" o "facturación de saldo inesperado" y cuándo ocurre?

Bajo su plan de seguro médico, usted es responsable de determinados costos compartidos. Estos incluyen los copagos, el coseguro y los deducibles. Podría tener costos adicionales o ser responsable de la factura total si consulta a un médico o va a una instalación que no esté dentro de la red de profesionales de su seguro. Algunos profesionales sanitarios y centros no han firmado un contrato con su compañía aseguradora. Son los denominados profesionales sanitarios o instalaciones "fuera de la red". Ellos pueden facturarle la diferencia entre lo que pague su aseguradora y la cantidad que facture el profesional sanitario o el centro. Esto es lo que se denomina "facturación sorpresa" o "facturación de saldo inesperado".

Las aseguradoras están obligadas a informarle, a través de sus sitios web o a petición suya, cuáles profesionales sanitarios, hospitales y centros están dentro de sus redes. Del mismo modo, los hospitales, las instalaciones quirúrgicas y los profesionales sanitarios deben informarle cuáles redes de profesionales de atención médica participan en sus sitios web o bajo su petición.

En qué circunstancias NO PUEDEN emitir una facturación de saldo inesperado:

Servicios de emergencia – Lo máximo que se le puede facturar por servicios de emergencia es la cantidad del costo compartido dentro de la red de su seguro médico, incluso si recibe los servicios en un hospital fuera de la red o por parte de un profesional sanitario fuera de la red que trabaje en el hospital. Ni el profesional sanitario ni el centro pueden emitir una facturación de saldo inesperado por servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de que se encuentre en una condición estable.

Determinados servicios en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio

Cuando reciba servicios de cirugía, anestesia, patología, radiología, laboratorio u hospitalarios de un profesional fuera de la red, aunque usted se encuentre en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo máximo que se le puede facturar son sus costos compartidos dentro de la red. Estos profesionales sanitarios no pueden emitir una factura de saldo inesperado.

En aquellas situaciones en las que no se permite emitir una facturación de saldo inesperado, también aplican los siguientes beneficios:

- Su aseguradora le pagará directamente a los profesionales e instalaciones fuera de la red. Usted solo será responsable del pago de sus costos compartidos dentro de la red.
- Su aseguradora debe:
 - ~ Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - ~ Basar su responsabilidad de costos compartidos en lo que hubiera pagado a un profesional sanitario o instalación dentro de la red en su área y mostrar dicha cantidad en la explicación de beneficios.
 - ~ Contabilizar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o ciertos servicios fuera de la red (descritos anteriormente) con respecto a su deducible y el límite de desembolso.
- Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones en cuanto a la facturación de saldos inesperados.

Si usted recibe los servicios de un profesional sanitario, hospital o centro fuera de la red en cualquier OTRA situación, es posible que reciba una facturación de saldo inesperado, o podría ser responsable del pago de la facturación completa.

Esta ley no aplica a todos los planes de seguro médico. Si usted recibe su seguro médico por parte de su empleador, la ley podría no protegerlo. Asegúrese de revisar los documentos de su plan o comuníquese con su compañía aseguradora para obtener más información.

Si cree que le han hecho una facturación errónea, puede presentar una reclamación ante el gobierno federal en el sitio web: <https://www.cms.gov/hosurprises/consumers> o puede llamar al 1-800-985-3059; o puede presentar una reclamación ante la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington en el sitio web: www.insurance.wa.gov o puede llamar al 1-800-562-6900.

Visite <https://www.cms.gov/hosurprises> o busque más información en el sitio web de la Oficina del Comisionado de Seguros, Ley de Protección contra la Facturación de Saldos Inesperados.

PREGUNTAS ACERCA DE LA FACTURACIÓN PROVENIENTE DE OTROS PROFESIONALES

SANITARIOS: durante su estancia podría recibir los servicios de médicos u otros profesionales sanitarios a quienes MultiCare haya contratado para atenderlo. Debería revisar su plan de seguro médico para asegurarse de que tanto el centro como los profesionales sanitarios, que están enumerados a continuación, estén dentro de la red. Si recibe una factura de cualquiera de estos grupos y tiene preguntas acerca de dicha factura, puede comunicarse con ellos a través de los números telefónicos enumerados o a través de MultiCare al 800-919-1936.

MÉDICOS DE EMERGENCIAS

Good Samaritan: Mt. Rainier Emergency Physicians (Médicos de Emergencias Mt. Rainier) ...855-571-2845

Good Samaritan - Obstetricia: OB Hospitalist Group888-442-8454

Departamentos de emergencia fuera del campus Western Washington Emergency Physicians (Médicos de Emergencias de Washington Occidental).....833-471-9787

Auburn: Cascade Emergency Physicians (Médicos de Emergencias de Cascade).....844-266-2116

Capital Medical Center: EMBCC/Thurston Emergency Group (Grupo de emergencia EMBCC/Thurston).....888-703-3301

Tacoma General, Allenmore, Covington:

Tacoma Emergency Care Physicians (Médicos de Atención de Emergencias de Tacoma)855-736-2699

Cascade Trauma and Acute Care Services (CTACS)

(Servicio de trauma y cuidados de emergencia de Cascade).....866-282-7905
(filial de Washington Emergency Care Physicians (WECP))

Deaconess, Valley: Spokane Emergency Care Physicians (Médicos de atención de emergencias de Spokane).....855-736-2699

LECTURA DE IMÁGENES Y RADIOLOGÍA

Tacoma General, Mary Bridge, Good Samaritan, Allenmore y Covington

TRA Medical Imaging (Estudios de diagnóstico por imagen TRA)866-231-9211

Auburn: Vantage Radiology (Radiología Vantage)253-661-1700

Washington Nuclear Medicine LLC (Medicina Nuclear Washington LLC)206-963-5339

Capital Medical Center: Radia888-927-8023

Rad Partners516-622-0076

TRA866-231-9211

Deaconess, Valley, Rockwood: Radia 425-563-1500

Rad Partners (a partir de mayo de 2024).....516-622-0076

Yakima: Valley Radiology (Radiología Valley).....509-248-6633

Radiation Billing Solutions (Soluciones de facturación de radiación)877-839-9517

AMBULANCIAS

Auburn, Tacoma General, Mary Bridge, Good Samaritan, Allenmore y Covington:

Northwest Ambulance (Ambulancia Noroeste)	800-238-9398
Rural Metro.....	877-571-2544

Capital Medical Center, Deaconess, Valley:

American Medical Response (AMR)	800-913-9106
---------------------------------------	--------------

Capital Medical Center:

Olympic Ambulance/Systems Design West.....	844-355-2333
--------------------------------------------	--------------

Yakima Memorial Hospital

Advanced Life Systems, Inc.....	509-574-8444
LifeFlight	866-883-9998

GRUPO DE ANESTESIA

Good Samaritan, Auburn, Covington:

Rainier Anesthesia Associates.....	800-693-3396
------------------------------------	--------------

Allenmore, Tacoma General, Mary Bridge, Gig Harbor:

Tacoma Anesthesia Associates.....	253-274-1642
-----------------------------------	--------------

Capital Medical Center: Change Healthcare.....

877-328-4738

Deaconess, Valley: Anesthesia Associates

888-900-3788

EQUIPO HOSPITALARIO

Auburn, Tacoma General, Allenmore, Good Samaritan y Covington:

Sound Physicians.....	844-801-3821
-----------------------	--------------

Deaconess, Valley: Rockwood Hospitalist.....

509-342-3600

OTROS MÉDICOS DE MULTICARE

Auburn, Tacoma General, Mary Bridge, Good Samaritan, Allenmore y Covington:

MultiCare Medical Associates (Médicos Asociados de MultiCare).....	800-919-1936
--------------------------------------------------------------------	--------------

PATÓLOGOS

Auburn, Tacoma General, Mary Bridge, Good Samaritan, Allenmore y Covington:

Western Washington Pathology	855-974-6126
------------------------------------	--------------

Capital Medical Center, Deaconess & Valley: Cellnetix.....

877-340-5884

CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Auburn, Tacoma General, Mary Bridge, Good Samaritan, Valley:

Pediatrics Medical Group (Grupo Médico Pediatrics).....	855-315-4058
---------------------------------------------------------	--------------

EQUIPO MÉDICO DURABLE

Auburn: Breg (DME).....

800-254-0072

SOPORTE EN LÍNEA AL CLIENTE INDIGO.....

208-953-1998

SOC TELEMED (TELE-PHYSICIANS, P.C.).....

571-371-9206

OTROS SERVICIOS

Área de Yakima: LabCorp.....

888-522-2677

Interpath.....

866-289-4093

MedNax.....

844-678-9580

Aviso de prácticas de privacidad

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN SANITARIA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. ESTE AVISO TAMBIÉN DESCRIBE SUS DERECHOS Y ALGUNAS OBLIGACIONES QUE TIENE MULTICARE CON RESPECTO AL USO LA DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN SANITARIA. **POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.** A los fines de este aviso, "MultiCare" o "nosotros" significa MultiCare Health System (Sistema de Salud de MultiCare), que incluye MultiCare Connected Care (Atención Conectada de MultiCare), Cardiac Heart and Vascular Institute (Instituto Cardíaco y Vascular) y los miembros de MultiCare Behavior Health Network (Red de Salud Conductual de MultiCare): Greater Lakes Mental Healthcare (Salud Mental de Greater Lakes) y Navos, y otros afiliados actuales.

COMPROMISO Y RESPONSABILIDADES DE MULTICARE CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Entendemos que la información sobre usted y su salud médica y conductual es personal. Estamos comprometidos a proteger su información sanitaria y estamos obligados por la ley federal y estatal a tomar las medidas necesarias para proteger dicha información. Según las leyes federales de privacidad, esta información es denominada "información sanitaria protegida". La información sanitaria protegida incluye determinada información que hemos creado o recibido y que lo identifica, incluida la información con respecto a su salud o el pago por su atención médica en una instalación de MultiCare, tanto por el personal del hospital, su médico personal u otros médicos involucrados en su atención médica. Esto incluye sus expedientes médicos y su información personal, como su nombre, número de seguridad social, dirección y su número de teléfono.

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información sanitaria protegida.
- Le informaremos si se produce una violación que podría haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra forma que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos notifique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos permite hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

QUIÉN HARÁ SEGUIMIENTO DE ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de MultiCare y las de:

- Cualquier profesional sanitario autorizado para ingresar información en su expediente médico en cualquier instalación de MultiCare.
- Todos los departamentos y unidades de MultiCare.

-
- Cualquier miembro de un grupo voluntario autorizado por nosotros para ayudarle mientras usted esté en una instalación de MultiCare.
 - Todos los empleados y el personal, incluido el contratado o el personal de agencia.
 - Los miembros de la plantilla de MultiCare Connected Care.
 - Otros profesionales de atención médica que hayan acordado seguir y acatar los términos del "aviso conjunto de prácticas de privacidad" descritas a continuación.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CONJUNTAS

Además de aquellas personas identificadas anteriormente, una cantidad de médicos independientes han acordado con MultiCare cumplir con este Aviso conjunto de prácticas de privacidad, de conformidad con las leyes federales de privacidad relacionadas con la atención brindada en las instalaciones de MultiCare, que incluye a los miembros del personal médico del Tacoma General Hospital, Allenmore Hospital, Mary Bridge Children's Hospital, Good Samaritan Hospital, Auburn Medical Center, MultiCare Deaconess Hospital, MultiCare Covington Medical Center, MultiCare Valley Hospital, MultiCare Yakima Memorial Hospital y otros profesionales independientes u organizaciones que prestan atención en las instalaciones de MultiCare. Los médicos independientes que han acordado seguir este Aviso pueden acceder a su información sanitaria cuando exista una necesidad legítima de hacerlo a los fines de su tratamiento, pago y operaciones de atención sanitaria relacionadas con el entorno de atención conjunta en las instalaciones de MultiCare. Es probable que los médicos independientes que hayan acordado seguir este aviso conjunto tengan un Aviso de Prácticas de Privacidad por separado por la atención prestada en instalaciones que no sean de MultiCare (p.ej., el consultorio de un médico). Le recomendamos que solicite información a los médicos que no sean de MultiCare acerca de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad al que se adhieran por separado, en consultas o instalaciones que no sean de MultiCare.

RED DE ATENCIÓN CONECTADA DE MULTICARE

MultiCare es parte de MultiCare Connected Care Network (Red de Atención Conectada de MultiCare), que es un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA, por sus siglas en inglés). Un Acuerdo de Atención Médica Organizada es (i) un entorno clínicamente integrado, en el cual los individuos normalmente reciben atención médica por parte de más de un profesional de atención médica o (ii) es un sistema organizado de atención médica, en el cual participa más de un profesional sanitario. Los profesionales de atención médica que participan en un Acuerdo de Atención Médica Organizada compartirán su información sanitaria y de facturación con otros, según sea necesario, para llevar a cabo un tratamiento, pago y actividades de operaciones de atención médica.



Greater Lakes
MENTAL HEALTHCARE
A MEMBER OF THE MULTICARE BEHAVIORAL HEALTH NETWORK



OTROS TERCEROS QUE PODRÍAN TENER ACCESO O USAR SU INFORMACIÓN SANITARIA

MultiCare participa en redes de intercambio de información sanitaria para facilitar el intercambio seguro de su información sanitaria electrónica relacionada con su tratamiento entre y con otros profesionales de atención médica o entidades de atención sanitaria que comprenden, entre otras, el Intercambio de Información del Departamento de Emergencias (EDIE, por sus siglas en inglés), el Registro Electrónico Virtual de por Vida (VLER - DoD/VA, por sus siglas en inglés) o el CareEverywhere (Organizaciones con Epic). MultiCare también le ofrece conectividad a su Registro Electrónico Médico a los profesionales de atención médica independientes de la comunidad. Como condición para el acceso, cada uno de estos profesionales acuerda utilizar la información en función de una "necesidad concreta de conocimiento" y cumplir con las leyes estatales y federales relacionadas con la privacidad y seguridad.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

A menos que se indique lo contrario, podrá ejercer uno de sus derechos de privacidad si envía una solicitud por escrito a MultiCare Health System, Health Information Management, PO Box 5299, MS: 315-C3-HIM, Tacoma, WA 98415-0299. Para obtener más instrucciones específicas sobre qué información incluir en la solicitud por escrito, comuníquese con Health Information Management (Gestión de Información Sanitaria) al teléfono 253-403-2423.

USTED TIENE DERECHO A:

Obtener una copia impresa o electrónica de su expediente médico: normalmente la misma incluye los registros de tratamiento y facturación, pero no incluye las anotaciones de psicoterapia.

- Para solicitar la posibilidad de inspeccionar o copiar su información sanitaria protegida ya sea en papel o en formato electrónico, visite www.multicare.org, para obtener una copia del formulario de solicitud de autorización (divulgación de información) o comuníquese con la Gerencia de Información Sanitaria (expedientes médicos), tal como se indica en la página 15 de este folleto.
- Es posible que se le cobre un costo por las copias, el correo u otros suministros asociados con su solicitud.
- En ciertas circunstancias limitadas, podríamos denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su información sanitaria protegida. Podrá solicitar que la denegación sea revisada.

Solicítenos corregir determinada información sanitaria protegida: si cree que la información que tenemos acerca de usted es incorrecta o no está completa, puede solicitar una modificación de dicha información.

- Podríamos "negarnos" a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito.

Solicite una justificación por determinadas divulgaciones: usted puede solicitar que se justifiquen determinadas divulgaciones de su información sanitaria protegida con una lista de todas las divulgaciones que hicimos a terceros.

- Esta lista no incluirá las divulgaciones hechas a los fines de tratamiento, pagos, ni las operaciones de atención sanitaria identificadas anteriormente.
- La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratis. Para obtener listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de suministrarle dicha lista. Le informaremos sobre el costo, y usted podrá escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que incurra en cualquier costo.

Solicitar restricciones: puede solicitar por escrito que limitemos la forma de usar y divulgar su información sanitaria protegida.

- También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información sanitaria protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un miembro de su familia o amigo.
- Si desea establecer dicha restricción, por favor notifique al personal administrativo del consultorio de su profesional de atención médica y complete el formulario de Solicitud de Restricciones antes de su consulta.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos "negarnos" si esto afecta su atención médica.
- Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con la misma, a menos que la información se necesite para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

El derecho de solicitar la no divulgación a sus seguros médicos de los artículos o servicios pagados por su cuenta: tiene derecho a solicitar por escrito que los artículos o servicios totalmente pagados por su cuenta antes de su visita no se divulguen a su seguro médico.

- "Aprobaremos" su solicitud, a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.
- Usted es responsable de notificar a otros profesionales sanitarios, como a su farmacia, de cualquier solicitud de restricción.

Solicitud de comunicaciones confidenciales: usted podrá solicitar por escrito que las comunicaciones confidenciales acerca de sus temas de salud médica o conductual se hagan de una manera determinada o en una ubicación determinada.

- Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted al trabajo o por correo electrónico a una dirección alternativa.
- Aprobaremos todas las solicitudes que sean razonables. No tiene que dar ninguna explicación, pero la solicitud debe especificar cómo o dónde desea que se comuniquen con usted.

Escoger a alguien que actúe en su nombre: si le ha dado poder legal médico a alguien o si alguna persona es su representante legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y efectuar las elecciones acerca de su información sanitaria.

- Le pediremos a la persona que compruebe esta autoridad para actuar en su nombre antes de tomar alguna medida.

Reciba una copia impresa en papel de este aviso: puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento, a cualquier empleado de MultiCare.

- Este aviso también está disponible en www.multicare.org.

USOS Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN SANITARIA POR MULTICARE

Sus opciones: con respecto a determinada información sanitaria, puede informarnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia de cómo compartiremos su información en las situaciones descritas a continuación, avísenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos cómo:

- Compartir la información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su atención sanitaria
- Compartir información de ayuda en caso de desastres
- Incluir su información en el directorio de un hospital

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos seguir adelante y compartir su información si creemos que es de su completo interés. También podríamos compartir su información cuando sea necesario disminuir una amenaza grave a su salud o seguridad.

En estos casos no compartiremos su información, a menos que usted nos otorgue su autorización por escrito (consentimiento firmado):

- A los fines de comercialización, cuando se reciba una remuneración
 - ~ Se utilizaría una información limitada de usted para respaldar la comunicación acerca de productos o servicios disponibles.
 - ~ Si no desea recibir dichos materiales, por favor llámenos al 1-855-884-4284 o escriba al correo electrónico annualgiving@multicare.org.
- Venta de su información
- Mayor intercambio de anotaciones de psicoterapia
- Situaciones no descritas en este Aviso, que no supongan una amenaza a la salud o a la seguridad

En el caso de una recaudación de fondos: podríamos ponernos en contacto con usted en el caso de una recaudación de fondos, pero puede comunicarnos que no volvamos a ponernos en contacto con usted.

- Si no desea continuar recibiendo solicitudes de recaudación de fondos para apoyar a MultiCare, por favor, llámenos (de manera gratuita) al 855-884-4284, o de manera alternativa envíenos un correo electrónico a mhscommunications@multicare.org.
- Respetamos su elección en cuanto a las comunicaciones para recaudación de fondos y su decisión no afectará su tratamiento o el pago de los servicios a MultiCare.

MultiCare normalmente utilizará su información de las siguientes maneras:

Tratamiento: utilizaremos y divulgaremos su información sanitaria protegida para proporcionarle tratamiento y servicios médicos, y compartirla con otros profesionales que le presten atención sanitaria.

- Este uso y divulgación podría ser para la continuidad de la atención o para los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes del área de salud u otro personal del sistema sanitario que esté involucrado en su atención.
- Podríamos usar y divulgar su información sanitaria a los diferentes departamentos para coordinar actividades tales como las prescripciones, el trabajo de laboratorio y radiografías, y para otros profesionales sanitarios que podrían estar involucrados en su atención médica, como instalaciones de cuidado a largo plazo, otros hospitales o clínicas o profesionales para atención médica remota, tales como los servicios ofrecidos por los profesionales de la telemedicina que podrían residir en otras comunidades, entre otras las comunidades fuera de Washington y de Idaho.

Pago: según lo permita la ley, podríamos usar o divulgar su información sanitaria para obtener el pago por parte de sus seguros médicos y otras entidades.

- Esto incluye la facturación por el tratamiento y los servicios que usted reciba en una instalación de MultiCare.
- Además, podríamos usar o divulgar su información para cobrar un pago o para obtener la aprobación previa para el tratamiento y los servicios.

Operaciones del sistema de salud: podemos usar y compartir su información sanitaria para administrar nuestro negocio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

- La administración de nuestro negocio incluye actividades tales como la programación, el control de infecciones, la administración del seguro médico y las actividades sanitarias de la población.
- Podríamos también usar y divulgar su información a otros individuos (como asesores y abogados) y organizaciones que nos ayuden con las actividades de nuestra empresa.
- De igual manera, podríamos usar su información sanitaria con propósitos internos, como asegurar la calidad de la atención, identificar necesidades de capacitación, revisión de resultados, envío de encuestas de satisfacción a los pacientes y otras actividades administrativas.
- También podríamos divulgar su información a los socios comerciales o a las compañías que nos proporcionen un servicio o que lo proporcionen en nuestro nombre y que hayan brindado garantías satisfactorias de que protegerán su información sanitaria.

MultiCare también podría usar su información de las siguientes maneras:

Seguridad y salud públicas: podríamos divulgar su información sanitaria a las agencias, cuando sea necesario, para apoyar las actividades de salud pública. Estas actividades generalmente constan de lo siguiente:

- Prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
- Informar nacimientos y fallecimientos;
- Informar abusos o negligencias;
- Informar reacciones adversas a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar a las personas acerca de la retirada de productos que puedan estar utilizando;
- Notificar una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que quizá esté en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección;
- Notificar a la autoridad gubernamental adecuada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Investigación: podemos usar o compartir su información para investigación sanitaria.

Información limitada de datos conjuntos: podríamos divulgar la información sanitaria limitada a terceros, a los fines de investigación, salud pública y operaciones de atención sanitaria. Este conjunto de datos limitados no incluirá ninguna información que pueda usarse para identificarlo a usted directamente.

Cumplimiento de la ley: compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, entre otras, las del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si dicho organismo desea verificar que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Donación de órganos y tejidos: podemos compartir su información sanitaria con las organizaciones de obtención de órganos.

Médicos forenses, evaluadores médicos y directores de funerarias: podemos compartir la información sanitaria con un médico forense, un evaluador médico o el director de una funeraria, cuando una persona fallece.

Indemnización de trabajadores: podemos usar o compartir su información sanitaria a los fines de reclamos de indemnización de trabajadores.

Solicitudes del gobierno y orden público: podemos usar o compartir su información sanitaria:

- Con los organismos de control sanitario para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales tales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial
- En limitadas circunstancias, a los fines del orden público o con un agente del orden público

Demandas judiciales y litigios: podemos divulgar su información sanitaria en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal.

Contacto con usted: podríamos usar y divulgar su información sanitaria para comunicarle citas y otros temas. Podemos comunicarnos con usted por correo, teléfono o correo electrónico.

- Por ejemplo, podríamos dejar mensajes de voz en el número de teléfono que nos proporcione y podríamos responder a su dirección de correo electrónico.

Alternativas de tratamiento: podemos usar o divulgar su información para comunicarle o recomendarle opciones o alternativas posibles de tratamiento.

Beneficios y servicios relacionados con la salud: podemos usar o divulgar su información para comunicarle beneficios y servicios relacionados con la salud o clases de educación médica.

Reclusos: podemos divulgar su información sanitaria a una instalación penitenciaria o funcionario del orden público, si usted es recluso o se encuentra en custodia.

Divulgación accidental: podrían ocurrir ciertas divulgaciones accidentales de su información sanitaria, como un subproducto del uso y divulgación legal y permitida de la misma. Se han establecido medidas de seguridad razonables para minimizar dichas divulgaciones.

Servicios de preservación sanguínea: podemos usar o divulgar su información sanitaria si ha indicado su afiliación con determinadas organizaciones y creemos que es un candidato ideal que pudiera beneficiarse de los servicios de preservación sanguínea.

Amenazas graves e inminentes: podríamos compartir su información sanitaria, cuando sea necesario, para minimizar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, la del público o la de otra persona.

TIPOS DE INFORMACIÓN ESPECIAL

Las leyes federales y las de Washington y de Idaho brindan protecciones adicionales de confidencialidad en algunas circunstancias. MultiCare no puede divulgar generalmente la siguiente información del paciente sin la autorización específica:

- Washington: específicamente, las enfermedades de transmisión sexual
- Ley federal y estatal: registros de trastornos por uso de sustancias que podrían estar especialmente protegidos
- Washington: registros sobre salud mental que estén especialmente protegidos en algunas circunstancias

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Otros usos y divulgaciones de su información sanitaria protegida que no están cubiertos por nuestro actual Aviso o por las leyes correspondientes, solo se harán con su autorización por escrito. Usted puede revocar cualquier autorización presentando una solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad de MultiCare (en la información de contacto, en la sección de Preguntas y Reclamaciones). Si usted revoca su autorización, no usaremos ni divulgaremos durante más tiempo su información sanitaria protegida por las razones expuestas en su autorización por escrito, a menos que la ley lo requiera. Usted entiende que no podemos retractarnos por algún uso o divulgación que ya se haya producido mientras su autorización estaba vigente, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le proporcionamos.

CAMBIOS A ESTE AVISO

MultiCare puede cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de usted. El nuevo Aviso estará disponible a petición, en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web.

PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Si tiene preguntas en general sobre este Aviso, por favor, contacte a la Oficina de Privacidad de MultiCare por el:

- Teléfono: 866-264-6121
- Correo electrónico: compliance@multicare.org

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación en la oficina de Privacidad y Derechos Civiles de MultiCare, MultiCare, P.O. Box 5299, MS: 820-2-CEP, Tacoma, WA 98415-0299. Si no podemos resolver sus reclamaciones, también tiene el derecho de presentar una reclamación por escrito ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted por presentar una reclamación ni comprometeremos la calidad de su atención.

Ayuda Financiera en MultiCare



MultiCare Health System se compromete a prestar sus servicios a todos sus pacientes, incluso a aquellos que carecen de cobertura de seguro médico o que no pueden pagar toda o parte de la atención básica que reciben. Estamos comprometidos a tratar a todos los pacientes con compasión. Estamos comprometidos a mantener las políticas de Ayuda financiera que coinciden con nuestra misión y nuestros valores, y que toman en cuenta la capacidad de pago individual por los servicios de atención médica clínicamente necesarios. A los pacientes que cumplan con los requisitos para recibir Ayuda Financiera no se les cobrará más que las cantidades generalmente facturadas por emergencias o cualquier otra atención necesaria desde el punto de vista médico. Para saber más acerca de cómo nuestro Equipo de Ayuda Financiera puede ayudarle con nuestros Programas de Ayuda Financiera, **por favor, visite el sitio web www.multicare.org/financial-assistance o llame al 833-936-0515.**

POLÍTICAS DE AYUDA FINANCIERA

Las políticas de Ayuda Financiera, los resúmenes en lenguaje sencillo y los formatos de solicitud están disponibles para usted en línea o por correo. Hay copias traducidas disponibles. Por favor, visite www.multicare.org/financial-assistance. Por favor, llame al 833-936-0515 si prefiere recibir estos materiales por correo.

La siguiente información resume nuestros PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA.

Los pacientes pueden solicitar una Ayuda Financiera presentando una solicitud de la misma con la información de sus ingresos. MultiCare utiliza los Lineamientos Federales de Pobreza para determinar cuál Programa de Ayuda Financiera se adapta mejor a sus necesidades.

INGRESO DE HASTA EL 300 % DE LOS LINEAMIENTOS FEDERALES DE POBREZA

Después que se haya completado la evaluación financiera del ingreso del paciente, la factura del paciente se reducirá en un 100 %, si su nivel de ingreso está en un 300 % o por debajo de los Lineamientos Federales de Pobreza.

INGRESOS ENTRE EL 301 Y EL 400 % DE LOS LINEAMIENTOS FEDERALES DE POBREZA

Después de que se haya completado la evaluación financiera del ingreso del paciente, la factura del paciente se reducirá si su nivel de ingreso está entre 301 y 400 % de los Lineamientos Federales de Pobreza.

LINEAMIENTOS FEDERALES DE POBREZA 2024

Niveles de ingreso:				
TAMAÑO DE LA FAMILIA	Ingreso Anual Bruto	300 %	350 %	400 %
1	\$15,060	\$45,180	\$52,710	\$60,240
2	\$20,440	\$61,320	\$71,540	\$81,760
3	\$25,820	\$77,460	\$90,370	\$103,280
4	\$31,200	\$93,600	\$109,200	\$124,800
5	\$36,580	\$109,740	\$128,030	\$146,320
6	\$41,960	\$125,880	\$146,860	\$167,840
7	\$47,340	\$142,020	\$165,690	\$189,360
8	\$52,720	\$158,160	\$184,520	\$210,880
9	\$58,100	\$174,300	\$203,350	\$232,400
10	\$63,480	\$190,440	\$222,180	\$253,920
EACH ADD'L	\$5,380			

Sistema de descuento de MultiCare Health			
Nivel de pobreza, hasta	300 %	350 %	400 %
Descuento de beneficencia	100 %	75 %	70 %
Responsabilidad del paciente	0 %	25 %	30 %



Escanear estos códigos QR para:
Copia digital de la guía para el paciente de
MultiCare Información de asistencia financiera
Ingresar a MyChart*



Guía del paciente



Ayuda Financiera



MyChart*



MultiCare Yakima Memorial Hospital

MultiCare 

multicare.org

*La inscripción en MyChart aún no está disponible para los pacientes del área de Yakima