



PMS

PRESBYTERIAN MEDICAL SERVICES

Nuestro propósito es usted.

BIENVENIDO
AL **PAQUETE DE
INFORMACIÓN**
PARA PACIENTES
DE PMS

Tabla de Contenido

04	Programación de Citas
06	Asistencia Fuera de Horario
07	Nuestros Servicios
08	Aseguranza
09	Información de Facturación y Pago
09	Su Hogar Médico de Atención Primaria
10	Historial Médico Personal
10	Portal del Paciente
11	Farmacia y Prescripción Médica
12	Aviso de Prácticas de Privacidad
16	Directivas Anticipadas
18	Abuso, Negligencia y Apropiación Indevida
20	Necesidades y Preocupaciones
21	Derechos y Responsabilidades del Consumidor

Formularios

23	Registro de Pacientes
24	Consentimiento del Cliente
25	Solicitud de Descuento de Tarifa Variable

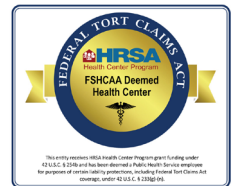
Bienvenidos a Presbyterian Medical Services

Gracias por elegir Presbyterian Medical Services para su atención médica. Estamos orgullosos de ser su hogar médico de atención primaria para brindar y coordinar los servicios de atención médica que usted necesita. Un hogar médico de atención primaria es un enfoque basado en el trabajo en equipo para brindar atención médica con el paciente como foco central. Como nuestro paciente, tendrá acceso a un equipo capacitado de profesionales médicos, dentales y de salud conductual, atención y programas especializadas. En Presbyterian Medical Services (PMS), nuestro objetivo es ayudarlo a mejorar su salud y bienestar.

En este folleto encontrará listados de ubicaciones y servicios, documentos importantes y otra información útil.

Estamos entusiasmados de tenerlo como nuestro paciente y esperamos atenderlo.

Atentamente,
Su Equipo de Atención Médica
Presbyterian Medical Services



Presbyterian Medical Services (PMS) es una red sin fines de lucro de centros de salud comunitarios que atiende a miles de pacientes en condados de todo Nuevo México. PMS es un centro de salud calificado a nivel federal y está certificado por la Comisión Conjunta como un hogar médico de atención primaria (PCMH). Es un beneficiario del Programa de centros de salud según el artículo 42 U.S.C. 254b y se considera un empleado del Servicio de Salud Pública según el artículo 42 U.S.C. 233(g) - (n).

LLAME Para Una Cita

Para solicitar, reprogramar o cancelar una cita, llame a la ubicación de su centro de salud o llame al 800-477-7633.

Alamogordo Family Health Center
(575) 434-2960

Alamogordo Behavioral Health
(575) 437-7404

Artesia Family Health Center
(575) 746-9848

Carlsbad Family Health Center
(575) 887-2455

Carlsbad Behavioral Health
(575) 885-4836

Carlsbad School-Based Health
(575) 234-3319

Chaparral Family Health Center
(575) 824-8100

Counselor Clinic
(575) 568-4328

Cuba Health Center
(575) 289-3291

Cuba School Based Health
(575) 289-2082

Deming Health Center
(575) 546-4663

Espanola Family Wellness Center
(505) 443-2800

Esperanza Family Health Center
(505) 384-2777

Express Care (Carlsbad)
(575) 628-1081

Farmington Community Health
(505) 327-4796

Gallup Family Counseling
(505) 863-3828

Grants Family Counseling
(505) 876-1890

Grants Family Health Center
(505) 287-2958

Hobbs Family Health Center
(575) 391-0270

Loving Health Center
(575) 745-3573

Magdalena Area Health Center
(575) 854-3162

Mountainair Family Health Center
(505) 847-2271

Ojo Encino Clinic
(505) 731-2268

Ortiz Mountain Health Center
(505) 471-6266

Pecos Valley Medical Center
(505) 443-3200

PMS Family Health Center
(505) 896-7100

Quay County Family Health Center
(575) 461-2200

Questa Health Center
(575) 586-0315

Rio Rancho Family Health Center
(505) 896-0928

Ruidoso Behavioral Health Center
(575) 630-0571

Sacramento Mountain Medical
(575) 682-2542

Santa Fe Family Health Center
(505) 989-4500

Socorro Community Health Center
(575) 835-4444

Teen Health Center - Capital High
(505) 467-1081

Teen Health Center - Santa Fe High
(505) 467-2439

Thoreau Family Health Center
(505) 862-7417

Torreón Health Clinic
(505) 731-2284

Total Behavioral Health Authority
(505) 564-4804

Tularosa Medical Center
(575) 585-1250

Valley Community Health Center
(505) 747-7400

Veguita Health Center
(505) 443-7701

WNM Medical Group - Gallup
(505) 863-3120

Asistencia Fuera de Horario: Médica/Dental

Si tiene alguna pregunta médica o dental fuera del horario de atención habitual, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería. Las enfermeras registradas de Call 4 Health guían a nuestros pacientes hacia el nivel de atención adecuado, ya sea atención domiciliaria, derivación a la sala de emergencias o programación de una cita.



1-855-741-3400

Dónde Llamar en Caso de Crisis de Salud Mental

Si usted o alguien que le importa está atravesando algún tipo de crisis emocional, problema de salud mental o consumo de sustancias, puede encontrar ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana, llamando a la ubicación de PMS de la lista que aparece a continuación. Si no hay una ubicación de PMS adecuada en la lista, puede comunicarse con la línea de Ayuda para Casos de Suicidio y Crisis al 988, la línea de Crisis y Acceso de Nuevo México o la línea directa de Ayuda Entre Pares.

- Alamogordo/Ruidoso: 1-855-564-6253
- Artesia: 1-855-240-7774
- Carlsbad: 1-855-211-1196
- Farmington: 1-855-785-1390
- Grants/Gallup/Thoreau: 1-855-384-6884
- Rio Rancho: 1-855-517-0498
- Santa Fe: 1-855-223-7111
- Socorro: 1-855-207-1628
- Torrance: 1-855-817-5058
- Totah: 1-855-279-7507
- Valley/Espanola/Questa: 1-855-738-3680
- NM Crisis Line: 1-855-662-7474
- NM Warmline: 1-855-466-7100

Le recomendamos que utilice este servicio si usted:

- Piensa en querer morir, hacerse daño o suicidarse
- Se preocupa por el consumo de drogas o alcohol, el consumo de sustancias, el juego u otras adicciones
- Se comporta de maneras que sabe que no son seguras, pero continua de todas formas
- Tiene dificultades para controlar la ira
- Se retrae o aísla
- Habla de ser una carga para los demás
- Duerme muy poco o demasiado
- Buscar apoyo para alguien que tiene problemas de salud mental
- Simplemente necesitar a alguien con quien hablar

Nuestros Servicios

Desde atención prenatal hasta atención geriátrica, atención familiar y más, PMS brinda atención avanzada, asequible y, lo más importante, accesible.

Salud de Adulto

- Vacunas y exámenes de salud
- Tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
- Planificación familiar y control de la natalidad
- Pruebas, tratamiento y protección contra las ETS
- Visitas por enfermedad
- Tratamiento por consumo de sustancias

Salud de la mujer

- Exámenes de bienestar para la mujer
- Pruebas de embarazo gratuitas
- Atención prenatal, atención posparto y gestión de casos*
- Planificación familiar y control de la natalidad

Pediatría y Salud de Adolescentes

- Exámenes físicos para bebés y niños sanos
- Vacunas
- Salud reproductiva de los adolescentes, incluidas pruebas, tratamiento y protección contra las ETS
- Exámenes físicos para deportistas
- Visitas por enfermedad

Psiquiatría

- Evaluación diagnóstica
- Planificación integral del tratamiento
- Gestión de medicamentos
- Tratamiento del consumo de sustancias

Salud Conductual

- Asesoramiento para parejas, individuos, familias, niños y adolescentes
- Admisión, evaluación y planificación del tratamiento
- Servicios integrales de apoyo comunitario (CCSS)
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias
- Terapia de grupo
- Intervención en crisis
- Rehabilitación psicosocial (PSR)

Dental

- Atención dental de urgencia
- Exámenes completos y radiografías
- Limpiezas
- Empastes
- Extracciones
- Coronas, puentes y prótesis dentales

*Servicio puede no estar disponible en todas las ubicaciones

Aseguranza

¿No tiene aseguranza?

Según el tamaño de su familia y sus ingresos, puede calificar para un descuento de tarifa variable. El representante de acceso al cliente de su centro de salud local le proporcionará la solicitud de descuento de tarifa variable.

Para acceder a este beneficio, presente un comprobante de ingresos. Se acepta cualquiera de los siguientes como comprobante de ingresos:

- Talón de cheque de pago/talón de cheque del Seguro Social
- Formulario de impuestos W-2 más reciente (ingresos brutos)
- Declaración de impuestos más reciente (ingresos brutos)
- Carta del empleador que indique los ingresos anuales
- Documento judicial que indique los ingresos por manutención de los hijos/pensión alimenticia
- Carta de concesión del Seguro Social o carta de beneficios
- Declaración del ISD que indique los ingresos y el nivel de manutención
- Carta de la parte responsable que proporciona alojamiento y comida

Asistencia al Paciente

Nuestros Determinadores Certificados de Medicaid pueden trabajar con usted y su familia para ayudarlo a inscribirse en el plan de salud que mejor se adapte a sus necesidades. Podemos conectar a los pacientes con recursos comunitarios, como vivienda, transporte, alimentos, etc. Si tiene preguntas o desea programar una cita, hable con un miembro del equipo de recepción.



Pagar por la Atención Médica

Aceptamos Medicare, Medicaid y la mayoría de los planes de seguro. Recuerde traer su tarjeta de identificación de seguro y los copagos a cada cita.

Información de Facturación y Pago

Nuestros equipos de atención atenderán a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Les pedimos a los pacientes que traigan su seguro actual o su tarjeta de identificación de miembro a cada cita. Los pacientes pueden comunicarse con el departamento de facturación al (877) 222-4521 para cualquier pregunta sobre facturación o pago.

Dependiendo de su seguro o plan de salud, PMS puede requerir el pago al momento del servicio. Sin embargo, se le puede facturar por los servicios prestados. Los estados de cuenta se envían por correo mensualmente.

Su Hogar Médico de Atención Primaria

Cuando elige un centro de salud de PMS, obtiene más que una clínica: obtiene un médico. Un médico de atención primaria (PCMH) es una asociación entre usted y su equipo de atención primaria. ¡Usted es el centro de este equipo! A través del médico, nuestro objetivo es trabajar con usted para brindarle atención médica coordinada durante toda su vida para que esté lo más saludable posible.

Su equipo de atención de PCMH:

- Brindar atención en equipo dirigida por su proveedor de atención primaria (PCP).
- Trabajar con usted para mejorar su salud.
- Revisar sus medicamentos con usted y analizar cualquier problema potencial.
- Colaborar con usted para desarrollar un plan personal que pueda utilizar para alcanzar una buena salud y bienestar.
- Reservar un espacio en nuestro cronograma para citas el mismo día.
- Informarle los resultados de las pruebas de manera oportuna.
- Hablar con usted de manera clara y en un lenguaje que pueda comprender.
- Conectarlo con otros miembros de su equipo de atención y derivarlo a recursos comunitarios disponibles cuando sea necesario.
- Colaborar con otros proveedores de atención médica a los que acuda para recibir atención especializada o segundas opiniones.

Confiamos en ti:

- Trabaje con nuestra clínica para seleccionar un médico de atención primaria.
- Asegúrese de que su proveedor conozca su historial médico completo y sus inquietudes actuales.
- Infórmele a su proveedor sobre todos los medicamentos, suplementos y remedios que está tomando.
- Participe activamente en la planificación de su atención y en las actividades de autogestión.
- Asista a las citas programadas o llame para reprogramarlas o cancelarlas lo antes posible.
- Solicite que cualquier otro proveedor que consulte envíe informes y resultados a PMS.
- Haga preguntas si algo no está claro.
- Háganos saber cómo nos está yendo y cómo podemos mejorar su atención.
- Informe a su equipo de PMS sobre otros profesionales de la salud que lo atienden.

Historial Médico Personal

Para solicitar copias de su historial médico, puede descargar el formulario en el siguiente enlace o escanear el código QR que aparece a continuación para acceder directamente al formulario de autorización en nuestro sitio web. Imprima, complete y envíe al centro de salud donde recibe los servicios.

<https://www.pmsnm.org/patients/patient-registration-forms/> or escanea el código QR



ESCANÉAME

Portal del Paciente

El Portal del Paciente le brinda acceso seguro a sus registros de información médica personal desde cualquier lugar con conexión a Internet.

Las funciones incluyen:

- Enviar y recibir mensajes con su proveedor de atención primaria
- Acceder a sus registros médicos
- Solicitar citas
- Buscar información sobre salud y bienestar
- Ver los últimos resultados de las pruebas
- Solicitar reposiciones de medicamentos
- Ver, descargue o comparta sus registros médicos personales
- Administrar su información a través de la aplicación NextGen Patient Portal
- Acceder a los estados de cuenta y realice pagos

Para iniciar sesión o inscribirse en el Portal del Paciente, utilice nuestro Código QR.



ESCANÉAME

Recarga de Recetas y Farmacia

Recarga de Recetas

Existen varias formas de solicitar reposiciones de medicamentos. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Los pacientes pueden llamar directamente a la farmacia y solicitar una recarga
- Si no quedan recargas de su medicamento, puede enviar una solicitud a través del portal del paciente, comunicarse con su centro de salud o comunicarse con la farmacia
- Necesitamos 72 horas para procesar su solicitud

NOTA: Si su receta es de un proveedor fuera del sistema PMS, no podemos aprobar la recarga. Si desea una recarga de un proveedor de PMS, programe una cita con nosotros.

Farmacia

Con tres farmacias internas en todo el estado, PMS facilita la obtención de los medicamentos que necesita. Como centro de salud calificado a nivel federal, PMS participa en el programa 340B que nos permite proporcionar medicamentos importantes a nuestros pacientes, independientemente de su capacidad de pago.

Si tiene problemas para obtener su medicamento en cualquier farmacia local, puede transferir su receta a una de nuestras farmacias internas más cerca de usted. Nuestras farmacias internas se enumeran a continuación.

- Farmington Community Health Center, 505-443-4253
- Cuba Health Center, 505-443-6799
- Pecos Valley Medical Center, 505-443-3200
- Carlsbad Family Health Center, 575-887-2455



Aviso de Prácticas Respecto a Privacidad

ESTE AVISO INDICA COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA RESPECTO A UD. Y COMO UD. PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

FAVOR DE EXAMINAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

¿Preguntas? Si Ud. quiere hacer preguntas respecto a este aviso o si necesita información adicional, favor de comunicarse con nuestro Administrador que tiene a su Cargo el Cumplimiento de Reglamentos y Normas. Favor de llamarlo al número 982-5565 o (800) 477-7633.

Protección de Información Médica Entendemos que su información médica es un asunto personal y nos hemos comprometido proteger información clínica respecto a Ud. Presbyterian Medical Services ("PMS") prepara las historia clínicas de la atención médica y servicios que le facilitamos a Ud. Necesitamos esas historias clínicas con el fin de facilitarle a Ud. atención de alta calidad y servicios con el fin de cumplir con ciertos requisitos legales.

El Propósito del Aviso En este Aviso consta como podemos utilizar y divulgar la historia clínica respecto a Ud. con el fin de llevar a cabo el tratamiento, pago o actividades relacionadas con su atención médica y con otros fines que la ley permite o exige. Además en el Aviso constan sus derechos de acceso y del control de la información clínica respecto a Ud.

¿Quién va a Cumplir lo que Dispone este Aviso? En este aviso constan las prácticas de Privacidad de PMS, sus clínicas y otros programas y así mismo los otros profesionales sanitarios afiliados con PMS. Intercambiaremos información unos con otros según sea necesario para llevar a cabo nuestras respectivas obligaciones de facilitar tratamiento, actividades de pago y de atención médica.

Los Derechos que Ud. Tiene Aunque las hojas clínicas en las que consta la información sanitaria respecto a Ud, físicamente le pertenecen a PMS, la información le pertenece a Ud. Conforme a la ley Ud. tiene el derecho de:

- Examinar y obtener copia de su información médica. Por lo general, responderemos su petición dentro de 30 días, sin embargo en ciertas circunstancias, es posible que denegaremos su petición.
- Solicitar que imponamos una restricción de ciertos usos y divulgaciones de la información médica respecto a Ud., sin embargo, no estamos obligados a imponer una restricción que Ud. solicite.
- Solicitar que nos comuniquemos con Ud. mediante medios alternativos o en un lugar alternativo.
- Solicitar que modifiquemos la información médica respecto a Ud., si Ud. cree que no es exacta, sin embargo es posible que nosotros no accedamos a lo que Ud. solicita si nosotros creemos que la información médica respecto a Ud es exacta.
- Solicitar que demos cuenta de cierta información que hemos divulgado, si es que hayamos divulgado información médica respecto a Ud.
- Para los registros protegidos por 42 CFR Parte 2, usted tiene derecho a un recuento de las divulgaciones realizadas para tratamiento, pago y operaciones de atención médica durante los tres años anteriores a su solicitud.
- Limitar revelación a planes de seguro de salud cuando usted haya pagado gastos efectivos y completos por servicios médicos.

- Una forma clara y visible de optar por no recibir comunicaciones de PMS solicitando contribuciones monetarios.
- Revocar cualquiera autorización que Ud. haya otorgado con el fin de usar o divulgar información médica respecto a Ud. salvo hasta el punto que ya se hayan tomado medidas confiando en dicha autorización. La información divulgada de conformidad con la Norma de Privacidad HIPAA puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Obtener copia de este aviso en una hoja de papel al solicitarla.

Ud. puede valerse de cualquiera de estos derechos dirigiéndose al administrador del sitio de atención de PMS donde Ud. recibió atención o servicios o comunicándose con el Administrador de PMS que tiene a su cargo el Cumplimiento de reglamentos y normas llamando a (505) 982-5565 o al (800)477-7633.

Nuestros Deberes La ley exige que nosotros:

- Mantengamos la privacidad de la información médica respecto a Ud. No vender su información médica sin su consentimiento.
- No venderemos su información médica sin su consentimiento.
- Le entreguemos copia del Aviso de Nuestras Prácticas de Privacidad.
- Cumplamos los requisitos que nos impone nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Como Vamos a Usar y Divulgar la Información Médica respecto a Ud. A continuación indicamos ejemplos del tipo de usos y divulgaciones respecto a la información médica respecto a Ud. que se permiten:

Tratamiento - Podemos utilizar y divulgar información médica respecto a Ud. con el fin de facilitar , coordinar o administrar la atención médica que le facilitamos a Ud. y todo servicio relacionado Por ejemplo, podemos divulgar la información médica a los médicos o técnicos que lo atienden a Ud. aun a los médicos o técnicos que no están afiliados a PMS.

Pago - La información médica respecto a Ud. se puede divulgar, según sea necesario con el fin de que su compañía de seguro u otra persona /parte que tiene la obligación de pagar pague los servicios que le facilitamos a Ud. Por ejemplo, podemos divulgar la información médica respecto a Ud. al plan de salud que cubre a Ud. para determinar si Ud. reúne los requisitos o su cobertura de prestaciones del seguro.

Funcionamiento de la Atención Médica - Podemos utilizar o divulgar información médica respecto a Ud. en nuestro funcionamiento interno, lo cual engloba actividades necesarias con el fin de administrar el funcionamiento de los sitios o programas de PMS en los cuales Ud. recibe servicios. Por ejemplo, podemos utilizar la información respecto a Ud. para mejorar la calidad de los servicios con el fin de evaluar la atención médica u otros servicios que le facilitamos a Ud. Además, podemos utilizar la información medica respecto a Ud. con el fin de evaluar las capacidades y calificaciones de nuestro personal o de las entidades que facilitan atención médica de parte de PMS o con el fin de resolver agravios dentro de nuestra organización.

Recordatorios de Citas y Alternativas de Tratamiento - Podemos utilizar y divulgar la información médica respecto a Ud. con el fin de facilitarle un recordatorio a Ud. sobre una cita que Ud. tenga con nosotros para su tratamiento o atención medica. Además, podemos utilizar o divulgar la información médica respecto a Ud. para comunicarle o para recomendarle opciones de alternativas posibles de tratamiento o informarle a Ud. sobre otras prestaciones y servicios relacionados con su salud que le puedan interesar a Ud.

Otros Usos y Divulgaciones que se Permiten Podemos utilizar y/o divulgar información médica respecto a Ud. en varias circunstancias en las cuales no se nos exige que obtengamos su consentimiento o autorización ni facilitarle a Ud. la oportunidad de ponerse de acuerdo u oponerse. Estas circunstancias engloban:

- Salvo que Ud. se oponga, podemos divulgar la información médica respecto a Ud. a un familiar, pariente, íntimo amigo o íntima amiga u a otra persona que Ud. identifique.
- La ley nos podrá exigir que divulguemos la información médica respecto a Ud.
- Pondremos la información médica respecto a Ud. a disposición de Ud. y de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Divulgaremos la información médica respecto a Ud. a una agencia de salud pública con el fin de evitar o controlar enfermedad, lastimadura, o discapacidad. Lo dicho podrá englobar que divulguemos información médica respecto a Ud. con el fin de reportar determinadas enfermedades, muerte, abuso, descuido o violencia doméstica o informar a la Oficina de Alimentos y Farmacéuticos si Ud. siente una reacción adversa producida por cualquiera de los fármacos, materiales o equipo que nosotros usamos.
- Divulgaremos la información médica respecto a Ud. a las agencias del gobierno para que puedan monitorizar, investigar, inspeccionar, disciplinar u otorgar licencias a las personas que trabajan en el sistema de atención médica en los programas de prestaciones del gobierno.
- Divulgaremos la información médica respecto a Ud. según autorice la ley con el fin de cumplir lo que dispone la leyes de indemnización de trabajadores.
- Divulgaremos la información médica respecto a Ud. en el transcurso de procedimientos judiciales o administrativos al responder a una orden de la corte de justicia o de tribunal administrativo (hasta donde dicha divulgación esté expresamente autorizada) y al responder a orden de la corte, petición para divulgar pruebas u otro tipo de procedimiento legal.
- Divulgaremos información médica respecto a Ud. a los agentes del orden público con el fin de reportar o evitar un delito, localizar o identificar un sospechoso, prófugo o testigo esencial o con el fin de asistir a la víctima de un delito.
- Utilizaremos o divulgaremos información médica con el fin de hacer investigaciones cuando la investigación tenga la aprobación de un la junta directiva de la institución que he examinado la propuesta de la investigación y haya establecido los protocolos con el fin de asegurar la privacidad de la información médica respecto a Ud.
- Si Ud. es miembro de las fuerzas armadas, divulgaremos la información médica respecto a Ud. según lo exijan las autoridades del comando militar o con el fin de evaluar si Ud. reúne los requisitos para recibir prestaciones otorgadas a los veteranos, para llevar a cabo actividades respecto a la seguridad nacional y de inteligencia incluso para facilitar servicios con el fin de proteger al Presidente o a otras personas a quienes les facilitan protección conforme dispone la Ley Federal.
- Divulgaremos información médica respecto a Ud. a médicos forenses, directores funerarios con el fin de que puedan cumplir sus deberes o para fines de identificación o para determinar la causa de muerte.
- Divulgaremos información médica respecto a Ud. a las personas involucradas en obtener, almacenar, o en transplantar órganos, ojos o tejido de cadáveres con el fin de donarlos.
- Utilizaremos o divulgaremos la información médica respecto a Ud. con el fin de evitar o impedir amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o la seguridad de otras personas.
- Divulgaremos información médica respecto a Ud. a una agencia que vigila la salud que tiene la autorización por ley de vigilar el funcionamiento de nuestra organización.

- Si Ud. es recluso de una institución reformativa o que esté bajo la custodia de un agente del orden público divulgaremos la información médica respecto a Ud. al agente del orden público o a la institución reformativa. Esta divulgación es necesaria para que la agencia reformativa le facilite a Ud. atención a su salud, para proteger la salud y seguridad de otras personas o para proteger la salud y seguridad del personal del orden público o el personal de la institución reformativa.
- Compartiremos la información médica respecto a Ud. con terceros que son “socios comerciales” que desempeñan varios servicios para nosotros. Por ejemplo, divulgaremos la información médica respecto a Ud. a terceros con el fin de que proporcionen servicios de facturación o que hacen copias. Para proteger la información médica respecto a Ud. exigimos que nuestros socios comerciales resguarden la información médica respecto a Ud.

Otros Usos y Divulgaciones de Información Médica

Otros usos y divulgaciones de la información médica respecto a Ud. que no esté cubierta en este Aviso o la ley que aplica se harán con la autorización que Ud. nos otorgue por escrito. Si Ud. nos otorga autorización por escrito para que usemos o divulguemos la información médica respecto a Ud. Ud. en cualquier momento puede revocar dicha autorización por escrito. Si Ud. revoca la autorización que Ud. nos ha otorgado ya no usaremos ni divulgaremos la información médica respecto a Ud. Ud., por los motivos que constan en la autorización escrita que nos otorgó a nosotros entiende que no podemos retractar cualesquiera de los usos y divulgaciones que ya hayamos hecho con la autorización que Ud. nos había otorgado y que estamos obligados de quedarnos con nuestros expedientes de la atención o servicios que le hemos facilitado a Ud.

Ley de Nuevo México

En el caso de que Nuevo México nos exija que demos más protección a la información médica respecto a Ud. que lo que se expresa en este Aviso o que la ley Federal exige, nosotros facilitaremos esa protección adicional. Por ejemplo, nosotros cumpliremos las disposiciones de confianza que la ley de Nuevo México impone en relación con enfermedades contagiosas tales como el VIH y el SIDA. Además cumpliremos con disposiciones adicionales de la Ley del Estado respecto a la protección de la confianza relacionada con tratamiento de salud psicológica y abuso de sustancias ilícitas. Dichas leyes, por lo general exigen que obtengamos el consentimiento suyo antes de que divulguemos la información relacionada con salud psicológica o abuso de sustancia ilícita, sujeto a ciertas excepciones que la ley permite.

Información acerca del Trastorno por Uso de Sustancias (SUD)

Si usted pone una solicitud y recibe servicios para el trastorno por uso de sustancias de nosotros, la ley Federal (42 CFR Segunda Parte) requiere que nosotros obtengamos por escrito un consentimiento antes de proveer información que lo pueda identificar como que usted tiene un desorden del uso de sustancia o que es un paciente para los servicios por el trastorno de sustancias. Hay excepciones a este requisito general. Podemos divulgar tal información si necesitaríamos a nuestros trabajadores para coordinar sus servicios, a agencias o personas que nos ayudan a llevar a cabo nuestros servicios a usted; cuando se permite la divulgación por una orden judicial; o la divulgación se da a personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para la investigación, auditoría, o evaluación de programas. Sus registros SUD, o el testimonio que retransmite el contenido de esos registros, no se utilizarán ni divulgarán en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra sin su consentimiento específico por escrito o

una orden judicial habilitante. La ley Federal no protege cualquier información sobre un delito cometido por un paciente en el programa o contra cualquier persona que trabaja en un programa o cualquier amenaza de cometer un crimen. La ley Federal no protege ninguna información sobre sospechas de abuso o descuido de niños que se ha declarado bajo la ley estatal a designados autoridades estatales o locales.

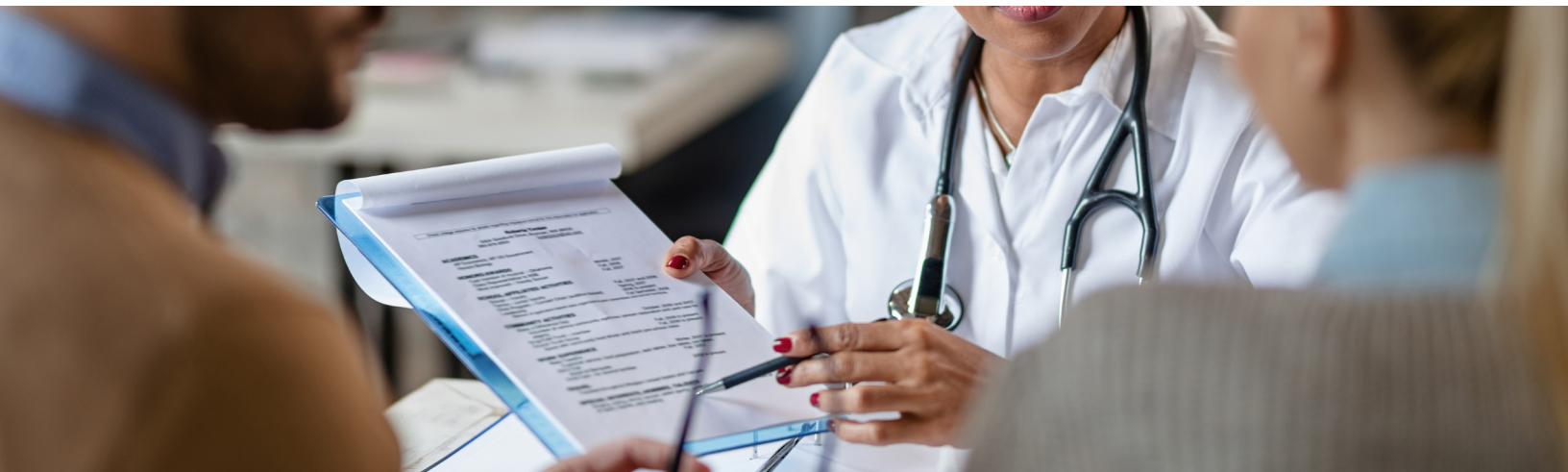
Cambios a este Aviso

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas respecto a su privacidad y /o este aviso. Si modificamos este Aviso, el Aviso modificado produce efectos en toda la información médica que nosotros mantenemos. Todo Aviso modificado estará a su disposición mediante acceso a nuestro sitio web. <http://www.pmsnm.org/> o Ud. puede obtener copia del Aviso modificado mediante solicitud dirigida a nosotros al efecto que le enviemos una copia por correo o Ud. solicite copia cuando Ud. vaya a uno de nuestros sitios.

Quejas

Si Ud. cree que sus derechos de privacidad han sido violados, Ud. tiene el derecho de presentar una queja por escrito a nuestro Oficial que tiene a su cargo que se cumplan las leyes, reglamentos y normas o a la Secretaria del Departamento de Sanidad y Servicios Humanos. Puede presentar una queja ante el Secretario por una presunta violación de las normas federales de confidencialidad sobre trastornos por uso de sustancias de la misma manera que una queja de HIPAA.

¿Preguntas? Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o necesita información adicional, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo al (505) 982-5565 o al (800) 477-7633. Puede presentar sus quejas por escrito a PMS, apartado postal 2267, Santa Fe, NM 87504-2267. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.



Declaración de Voluntades Anticipadas

En Nuevo México, la Ley Uniforme de Decisiones sobre Atención Médica permite que una persona prepare una Directiva Anticipada de Atención Médica, que es un documento escrito que le permite dar instrucciones sobre su propia atención médica y/o nombrar a otra persona (un agente) para que tome decisiones de atención médica por usted si deja de poder tomar sus propias decisiones. Debe tener 18 años o más para crear una directiva anticipada.

La Ley de Decisiones sobre Tratamientos de Salud Mental es la ley de Nuevo México que permite instrucciones escritas para el tratamiento psiquiátrico si usted no puede dar o comunicar sus instrucciones. En Nuevo México, una “directiva anticipada para el tratamiento de la salud mental” se llama PAD o Directiva Anticipada Psiquiátrica.

Estos documentos se llaman Directivas Anticipadas porque usted los llena y firma con anticipación para que en el futuro, su médico y otros proveedores de atención médica sepan cuáles son sus deseos con respecto al tratamiento médico o psiquiátrico. Las directivas anticipadas solo entran en vigencia cuando usted ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. Mientras usted pueda tomar sus propias decisiones y dar su consentimiento informado para su propia atención, sus proveedores de atención médica confiarán en USTED y NO en sus directivas anticipadas.

Antes de tomar esta decisión o escribir sus instrucciones, debe hablar con las personas más cercanas a usted y que estén preocupadas por su atención y sus sentimientos. Hable sobre ellas con su familia, su médico, amigos y otras personas adecuadas, como alguien de su iglesia o su abogado.

La Declaración de Voluntades Anticipadas es Opcional

Depende totalmente de usted si desea preparar una directiva anticipada, pero si surgen preguntas sobre el tipo de tratamiento médico o psiquiátrico que desea o no desea, ellos le ayudarán a resolver estos importantes problemas. Si no ha completado una directiva anticipada ni le ha dicho a su médico quién desea que tome decisiones sobre su atención médica, la ley de Nuevo México permite que estas personas, en el siguiente orden, tomen sus decisiones sobre atención médica (si estas personas están razonablemente disponibles):

1. Cónyuge
2. Pareja importante
3. Hijo adulto
4. Padre
5. Hermano o hermana adulto
6. Abuelo
7. Amigo cercano

Nuevo México no exige que rellene un formulario específico de directivas anticipadas, puede escribir sus deseos. Sin embargo, sí exige tres cosas: 1) debe firmar las directivas anticipadas, 2) la directiva anticipada debe estar atestiguada y, si lo desea, debe certificarse ante notario, y 3) si designa a un agente, que éste firme que acepta el nombramiento. Esto se puede hacer en una hoja de papel aparte, pero puede resultar útil que la aceptación forme parte de sus directivas anticipadas.

Tenemos disponibles algunos ejemplos de formularios de directivas anticipadas. Si está interesado, pídale una copia a su médico o proveedor. Tiene derecho a revocar (cancelar) o reemplazar una directiva anticipada en cualquier momento. Si completa una directiva anticipada, entregue copias del formulario firmado a sus proveedores e instituciones de atención médica, a cualquier agente de atención médica que nombre y a su familia y amigos.

Cualquier queja relacionada con el incumplimiento de los requisitos de la Directiva Anticipada puede dirigirse al Departamento de Gestión de Calidad de Presbyterian Medical Services y/o a la agencia de inspección y certificación estatal, el Departamento de Salud de Nuevo México.

Aviso Respecto a Normas y Procedimientos de PMS al Presentar Informes Respecto a Abuso, Descuido y Malversación de Bienes

Este aviso manifiesta como pms presenta informes respecto a abuso, descuido o explotación de sus clienes y como puede presentar informe ud. respecto a abuso, descuido y explotación

Protección En Contra del Abuso, Descuido y Malversación de Bienes

La norma de Presbyterian Medical Services con el fin de prohibir el uso de abuso físico, verbal, sexual o psicológico y explotación. Para proteger los derechos de los clientes, Presbyterian Medical Services cumple las leyes, reglamentos y directrices con el fin de asegurar la protección y la presentación de informes de abuso, descuido, explotación y malversación de bienes.

Propósito del Aviso

El aviso manifiesta como PMS presenta informes de abuso, descuido, explotación, y malversación de bienes que se cometen en contra de sus clientes según exige la Ley del Estado de Nuevo México.

Nuestras Obligaciones

Todas las Instituciones que tienen licencia para proveer Atención Médica y los Proveedores Fundamentados en la Comunidad que proveen Servicios les exige la ley que:

- Presente informe a Servicios de Protección de Adultos (1-866-654-3219) o a Servicios de Protección Infantil Statewide Central Intake (SCI) (1-855-333-SAFE) inmediatamente de todos los incidentes cuando Ud. sospecha que ocurrió abuso, descuido y malversación de bienes.
- Los incidentes de presunto abuso, negligencia y explotación que involucren un centro de atención médica con licencia de PMS o un sitio de servicios comunitarios de PMS deben informarse a la División de Mejora de la Salud (HCA/DHI) de la Autoridad de Atención Médica (HCA) dentro de las 24 horas posteriores al conocimiento del incidente y documentarse utilizando el Formulario de Informe de Incidentes de HCA/DHI.
- Además de las prácticas enumeradas anteriormente, todos los proveedores de servicios comunitarios deben completar lo siguiente dentro de las 24 horas o el siguiente día hábil:
 - ☐ Avísele al administrador del caso del consumidor que ocurrió un incidente y que se presentó informe a HCA/DHI.
 - ☐ Avísele a al Padre/ a los Padres o al Protector/a Legal de consumidores menores respecto a cualquier incidente que pueda ser objeto de aviso salvo que los padres o protectores legales son sospechados del supuesto abuso, descuido o explotación.
 - ☐ Si PMS no es el proveedor responsable de los consumidores, el sitio debe notificar al proveedor responsable que se ha producido un incidente y que se ha informado al respecto.

Si PMS no es el Proveedor responsable del consumidor, el sitio tiene que avisarle al proveedor responsable que un incidente ha ocurrido y que se presentó informe.

Sus derechos

Si Ud. desea presentar informe respecto a abuso, descuido o explotación, Ud. puede comunicarse con HCA/DHI directamente o Ud. tiene acceso al procedimiento de PMS para presentar informes.

Si desea denunciar abuso, negligencia o explotación, puede comunicarse directamente con HCA/DHI a través de la Línea Directa de Quejas de Centros de Salud al 1-800-752-8649. También puede presentar denuncias por escrito o a través del portal en línea HCA IR en <https://ironline.hca.nm.gov>.

Para presentar un informe a HCA/DHI a través de PMS, comuníquese con el administrador del sitio de PMS donde recibe atención o servicios o comuníquese con el Director de Cumplimiento Corporativo de PMS al (505) 982-5565 o (800) 477-7633.

¿Preguntas?: Si Ud. quiere hacer preguntas respecto al Aviso o necesita información adicional, favor de comunicar con Corporate Compliance Officer al número (505) 982-5565 o (800) 477-7633.



Respondiendo a Sus Necesidades e Inquietudes

Todas las personas que interactúan con Presbyterian Medical Services (PMS) son tratadas con dignidad, atención y respeto. PMS no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. PMS reconoce y respeta los derechos de los clientes/pacientes, familias/tutores y residentes o visitantes a brindar felicitaciones o quejas sobre afecciones, tratamientos o acciones con las que están satisfechos o insatisfechos. PMS también reconoce que las felicitaciones y quejas sirven como fuente de información para validar y mejorar los procesos. Estamos enfocados en mejorar continuamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Si desea compartir un cumplido, una queja o una inquietud sobre la calidad o la seguridad relacionada con su atención, servicios o seguridad, siga estos pasos:

Paso 1: Si tiene alguna inquietud, no dude en hablar con el administrador del sitio. Si considera que su inquietud no se ha abordado adecuadamente, comuníquese con el Departamento de Cumplimiento de PMS al:

Correo: PMS Compliance Department
Presbyterian Medical Services
1422 Paseo de Peralta
Santa Fe, NM 87501
Teléfono: 1-800-477-7633 or (505) 982-5565
Fax: (505) 992-4990

Opciones adicionales:

Como organización acreditada por la Joint Commission, PMS ha demostrado que cumple con los estándares más altos del país en materia de atención médica. Si tiene alguna inquietud sobre su atención, puede comunicarse con la Joint Commission al 800-994-6610. Ellos solo pueden evaluar la información de quejas en relación con sus estándares de acreditación: no resuelven quejas individuales ni asuntos en disputa.

Paso 2: Si no se llega a una solución satisfactoria, puede utilizar el Procedimiento de quejas de PMS de la siguiente manera:

1. Hable sobre su queja con el administrador del sitio.
2. El administrador documentará los detalles de la queja y se anotarán los testigos (si los hubiera).
3. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la finalización de la investigación, el Administrador realizará una investigación sobre la queja y emitirá una resolución.
4. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización de la investigación, se le notificará la resolución.
5. Si la decisión de resolución no le satisface, puede presentar una solicitud por escrito, que debe incluir su nombre y dirección, para que un Comité de Quejas la revise dentro de los treinta (30) días hábiles.
6. El Comité de Quejas revisará el caso y le dará a usted y al Administrador una decisión final por escrito. La decisión es definitiva y vinculante.

Este procedimiento no le impide presentar una queja por discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Una persona puede presentar una queja por discriminación de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf o por correo postal a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 200 Independence Ave. SW, Sala 509F, Edificio HHH, Washington, DC 20201 o por teléfono al 1-877-696-6775.

Derechos del Consumidor

PMS cree que los consumidores o sus tutores legales tienen derecho a:

- Recibir un trato justo, con dignidad y con respeto por su derecho a la privacidad.
- Recibir todos los servicios de atención médica de manera comprensiva y sin prejuicios.
- Para las personas con discapacidades relacionadas con la comunicación, recibir toda la información en un formato que se ajuste a sus necesidades.
- Recibir servicios de una manera que respete su cultura, incluido un intérprete si no habla inglés.
- Participar en la toma de todas las decisiones sobre atención médica. Esto incluye la elaboración de planes de tratamiento. También tiene derecho a rechazar el tratamiento.
- Decidir el tratamiento después de haber sido informado de sus opciones.
- Elegir a alguien que le ayude con las decisiones de atención.
- Presentar una queja sobre su atención o decisiones sobre la atención que está recibiendo sin preocuparse por represalias.
- Expresar sus deseos a través de directivas anticipadas, un documento legal que le permite dirigir su atención si no puede tomar o comunicar decisiones sobre su atención o elegir a personas que no desea que tomen decisiones en su nombre si está enfermo.
- Tener acceso a registros médicos de acuerdo con las leyes y normas federales y de Nuevo México, y restringir el acceso a los registros de acuerdo con esas leyes y normas.
- Obtener información sobre PMS, incluidos sus servicios, cómo acceder a los servicios y otra información para ayudar con sus necesidades de salud en PMS.
- Estar libre de restricciones o reclusión ilegales, basado en las leyes federales y de Nuevo México.

Responsabilidades del Consumidor

PMS solicita que cada consumidor o su tutor legal tenga la responsabilidad de:

- Tratar a los proveedores de servicios con dignidad y respeto.
- Proporcionar, cuando sea posible, la información necesaria para que nuestros proveedores puedan atenderlo.
- Comprender sus problemas de salud y participar en la planificación de los objetivos del tratamiento.
- Seguir los planes de atención que haya acordado.
- Informar a su proveedor si es necesario realizar cambios en su atención.
- Notificar a su proveedor si otro profesional médico cambia los medicamentos.
- Para recibir una recarga de medicamentos, llame 1 semana antes de que se acabe el medicamento y espere hasta 3 días hábiles después de que se realice la solicitud.
- Asegúrese de que PMS tenga su información de contacto actualizada para que podamos comunicarnos con usted si es necesario.
- Para Proporcionar un entorno seguro para la atención médica.
- Para Asistir a las citas sobrio.
- No se permiten armas en las instalaciones.
- Cambiar o Cancelar una cita en lugar de no presentarse.



Formularios

Contarnos su origen étnico, raza, idioma, orientación sexual e identidad de género, nos permite brindar la mejor atención posible.

¿Por qué lo preguntamos? La información nos permite abordar cualquier brecha en el acceso, la equidad y la calidad de la atención.

¿Es seguro? La información que proporcione se mantendrá confidencial y estará protegida legalmente. Solo la verán nuestro personal de registro, administradores y empleados involucrados en la mejora y supervisión de la calidad.

Gracias por darnos la oportunidad de servirle mejor.

POR FAVOR COMPLETE LOS SIGUIENTES FORMULARIOS Y DEVUÉLVALOS A UN MIEMBRO DEL EQUIPO DE RECEPCIÓN.

POR FAVOR IMPRIMIR

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO CLIENTE

Fecha:

Apellido del Paciente:		Nombre de Pila:		Inicial Segundo Nombre:	
Seguro Social:		Fecha Nacimiento: __/__/__		Sexo Nacimiento: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido ☐ Indiferenciado	
Contacto preferido: ☐ Celular: _____		Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino			
☐ Teléfono de casa: _____ ☐ Sin teléfono		☐ FTM/Hombre transgénero/Hombre trans ☐ MTF/Mujer transgénero/Mujer trans			
☐ Teléfono alternativo: _____		☐ Elijo no revelar ☐ Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino ☐ Otro			
Dirección:			Ciudad, Estado, Código Postal		
Dirección de Correo, si es diferente:			Ciudad, Estado, Código Postal		
Dirección de Correo Electrónico:					

Información de la parte responsable del paciente Relación con el paciente ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro _____

Apellido:		Nombre de Pila:		Inicial Segundo Nombre:		Fecha Nacimiento: __/__/__	
Seguro Social:		Dirección de Correo Electrónico:					
Dirección:				Ciudad, Estado, Código Postal			
Dirección de Correo, si es diferente:				Ciudad, Estado, Código Postal			
Contacto de Emergencia:					Número de Teléfono ()		
Para pacientes menores de 18 años							Vive con
Nombre de Padre/Madre					Teléfono de día ()		☐
Nombre de Padre/Madre					Teléfono de día ()		☐
Nombre del Tutor					Teléfono de día ()		☐
¿Idioma principal del paciente?? ☐ Inglés ☐ Navajo ☐ Español ☐ Lenguaje de Señas Americano ☐ Otro _____							
¿Tiene problemas de audición? ☐ Si ☐ No				¿Necesita una intérprete? ☐ Si ☐ No			
Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Compañero de vida ☐ Separado Legalmente ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Desconocido							
Estudiante: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ n/a				Estatus militar: ☐ Veterano ☐ Servicio Activo ☐ Rama _____ ☐ n/a			
Estatus de trabajador migrante: ☐ Migrante (Trabajar en la agricultura de forma estacional y tiene una vivienda temporal durante este tiempo.) ☐ Estacional (Trabajar en la agricultura de manera estacional y NO tiene un hogar temporal durante este tiempo) ☐ No soy migrante ni trabajador agrícola de temporada							
Situación de vida actual: ☐ Alquila o dueño de casa/apartamento ☐ Vive con amigos o familia/familiares ☐ Refugio ☐ Vivir en la calle (auto, parque, campamento, etc.) ☐ Vivienda de apoyo, pública o de transición ☐ Otros (incluye Motel/Hotel)							
Etnicidad: ☐ Hispana o latina ☐ No Hispana o latina			Tribu:		Censo # (IHS):		
Raza: ☐ India americano/nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano ☐ Asiático ☐ Otro isleño del pacífico ☐ Negro/afroamericano ☐ Blanco ☐ Más de una raza ☐ No quiero especificar							

COBERTURA DEL SEGURO DEL PACIENTE

Por favor, presente las tarjetas de seguro en la recepción

Nombre del seguro PRIMARIO: _____		Nombre del asegurado: _____	
Número de grupo: _____		Miembro/Id Número: _____	
Fecha de vigencia: _____		Miembro SSN: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Sexo del Asegurado: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Nombre del seguro SECUNDARIO: _____		Nombre del asegurado: _____	
Número de grupo: _____		Miembro/Id Número: _____	
Fecha de vigencia: _____		Miembro SSN: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Sexo del Asegurado: ☐ Masculino ☐ Femenino	

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

POR FAVOR IMPRIMIR

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO POSTERIOR

Por la presente, doy mi consentimiento para una evaluación y tratamiento por parte del personal clínico de Presbyterian Medical Services (PMS) y comprendo que se proporcionará una explicación del tratamiento.

Firma del paciente o nombre impreso del menor

Fecha

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Firma del Personal

Fecha

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Al firmar donde se indica a continuación, acepto asumir la responsabilidad del pago de todos los costos, cargos y tarifas a PMS por servicios, medicamentos, suministros y otros artículos proporcionados por PMS, que no sean pagados por programas de pago de terceros en los que estoy inscrito, incluidos, entre otros, copagos y deducibles. También soy consciente de que las reclamaciones de seguros que no se paguen en 90 días se convertirán en mi responsabilidad. Autorizo a cualquier tercero a pagar directamente y únicamente a PMS todos y cada uno de los beneficios que se me adeuden por los servicios o artículos proporcionados por PMS. Reconozco que si no le brindo a PMS la información necesaria para facturar a cualquier pagador de terceros correspondiente, se me designará como responsable financiero y todos los honorarios por los servicios proporcionados por PMS se deberán pagar en su totalidad al momento del servicio.

Además, otorgo a PMS permiso para divulgar todos los registros médicos, incluidos los registros de abuso de alcohol y sustancias cubiertos por el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2, necesarios para fines de registro, determinación de elegibilidad, coordinación de atención y facturación a mi compañía de seguros u otros programas de pago de terceros en los que estoy inscrito, y eximo a PMS y a cualquier entidad relacionada, empleados y directores de toda responsabilidad relacionada con o derivada de dicha divulgación o divulgación. La información utilizada para el propósito anterior se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con todas las leyes federales y estatales de confidencialidad. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, si revoco mi consentimiento firmado, es posible que ya no sea elegible para la cobertura de mi compañía de seguros u otros programas de pago de terceros.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

ACUSE DE RECIBO

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y he tenido la oportunidad de hablar con mi proveedor sobre los siguientes documentos:

- 1) Aviso de prácticas de privacidad de PMS; 2) Política/procedimiento de PMS sobre denuncia de abuso, negligencia y explotación; 3) Procedimiento de quejas de PMS; 4) Aviso de directivas anticipadas de PMS; y 5) Derechos y responsabilidades del consumidor.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

TARIFA ESCALONADA SOLICITUD DE DESCUENTO

SOLICITANTE

Nombre, Segundo Nombre, Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____
 Relación del solicitante con el paciente: _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA E INGRESOS

- La familia se define como un grupo de dos personas o más relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas en el mismo hogar (es decir, en la misma dirección física); todas esas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionada que residen en el mismo hogar) se consideran miembros de una familia.
- Los ingresos incluyen las ganancias combinadas de todos los miembros de la familia, incluidos los salarios, la compensación por desempleo, la compensación de los trabajadores, el Seguro Social, el Ingreso de Seguridad Suplementario, la asistencia pública, los pagos a los veteranos, los beneficios para sobrevivientes, los ingresos por pensión o jubilación, los intereses, los dividendos, los alquileres, las regalías, los ingresos de herencias, fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, la asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda) no cuentan como ingresos.

Enumere todos los miembros de la familia que viven en su hogar e incluya sus ingresos

Nombre y apellido:	Ingreso bruto (si los hubiera)	Ciclo de pago (encierre en un círculo)
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal

Marque la casilla que mejor se adapte a su situación actual:

- ☐ CERTIFICO que el nivel de ingresos especificado representa el ingreso total de mi familia durante los últimos DOCE MESES y solicito cualquier descuento de tarifa variable aplicable para toda mi familia. Para la aprobación anual de un descuento, se adjunta un comprobante de ingresos (por ejemplo, declaración de impuestos actual, formulario W-2, talones de cheques o indemnización por discapacidad, etc.)
- ☐ CERTIFICO que el nivel de ingresos especificado representa el ingreso total de mi familia durante los últimos DOCE MESES y solicito cualquier descuento de tarifa variable aplicable para toda mi familia. NO tengo mi comprobante de ingresos en esta visita, pero lo traeré a más tardar el _____ de 20__ para continuar recibiendo cualquier descuento aplicable.
- ☐ CERTIFICO que no he trabajado durante los últimos ____ meses y que mi único medio de sustento es: _____ o estoy trabajando y recibiendo efectivo, pero no tengo prueba documentada de ingresos.
- ☐ Me negué a solicitar y/o proporcionar documentación que califique para el descuento de tarifa variable. Entiendo que soy responsable de pagar el saldo total al momento del servicio.

Declaro que la información anterior es verdadera y he dado permiso a Presbyterian Medical Services (PMS) para investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá estrictamente confidencial. También entiendo que si mis ingresos cambiaran, debo notificar a PMS en mi próxima visita.

Firma del paciente/padre/tutor _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

SOLO PERSONAL DE PMS

Cálculos semanales = (Ingresos x 52)	
Cálculos quincenales = (Ingresos x 26)	
Cálculos mensuales = (Ingresos x 12)	
Cálculos anuales = (Ingresos x 1)	
Semestral = (Ingresos x 24)	
Tamaño del hogar	

Visítenos en cualquiera de nuestras UBICACIONES

