





Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por escoger al departamento de \_\_\_\_\_ de Columbia University Medical Center. Entendemos que muchos pacientes encuentran la cobertura de seguro y la responsabilidad financiera compleja y confusa, por esa razón hemos descrito nuestras pólizas. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras pólizas, nuestros empleados están disponibles para poder asistirlo.

### Cual Es Mi Responsabilidad Financiera?

Su responsabilidad financiera depende en una variedad de factores descrita a continuación.

### Pagos de Visitas Médicas y Servicios

| (1) Si Usted Tiene...  | (2) Usted Es Responsable de...  | (3) Nosotros vamos a...  |
|--|---|--|
| Plan de Atención Médica Administrada o indemnización comercial y su médico <b>no</b> es un proveedor participante o sus beneficios son considerados fuera de red del seguro. | Pagar el 100% de los cargos médicos.  | Enviar una reclamación de seguro a su compañía en su nombre.   |
| Plan de Atención Médica Administrada y su médico <b>participa</b> o sus beneficios son considerados dentro del plan.   | Obtener el referente/autorización, y si es aplicable pagará su deducible, copago y otra obligación financiera indicada por su plan.   | Infórmele de los servicios no cubiertos por su plan. Enviaremos una reclamación de seguro a su compañía de seguro.   |
| Medicare Tradicional   | Pagar su deducible si no ha cumplido por el año, igual que otros servicios no cubiertos por Medicare. Si usted no tiene un seguro secundario o Medigap, usted también será responsable de pagar el 20% de coseguro de Medicare. | Enviar una reclamación a Medicare igual que otros reclamos a su seguro secundario. Por servicios que no sean cubiertos por Medicare le proveeremos con un ABN de Medicare o una exoneración para firmar. |
| Medicaid   | Área Específica: Por lo general, usted no es responsable en pagar cuando los proveedores aceptan Medicaid. Si, no se acepta Medicaid, usted puede ser responsable por el costo de la visita por adelantado.                     | Si el seguro de Medicaid es aceptado en la oficina médica, enviaremos la reclamación a Medicaid. Si, Medicaid no es aceptado, colectaremos el costo de la visita por adelantado.                         |
| Compensación De Seguro Al Trabajador o Seguro de Carro   | Proveer a nuestros empleados el número valido del caso, el día del accidente, el nombre y dirección del seguro, el nombre del ajustador y el número de teléfono. Proveer autorización si es necesaria por los servicios.        | Llamar a su seguro para verificar el día del accidente, el número de reclamo, el proveedor primario, información del trabajo y los procedimientos para referentes.                                       |
| No Asegurado   | Pagar el 100% de los cargos médicos.  | Trabajar con usted para liquidar su cuenta   |

### Pacientes Menores de Edad

Todo paciente menor de edad debe ser acompañado por su padre(s) o su representante legal durante la primera visita. El adulto que acompañe al paciente es responsable por los pagos de la cuenta, de acuerdo a la póliza descrita anteriormente o debe de proveer la información completa y correcta sobre el garante del seguro a quien enviaremos la factura.

### Confirmación de Acuerdo

Yo he leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta póliza financiera. Comprendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguro, igual que el copago y deducible aplicable es mi responsabilidad y deben ser pagado inmediatamente al recibo de la factura al paciente.

Yo autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a \_\_\_\_\_.

Yo autorizo al Departamento de \_\_\_\_\_ de Columbia University Medical Center de dar a conocer la información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando así lo solicite, o para facilitar el pago de una reclamación.

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Paciente o Garante

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Garante

\_\_\_\_\_  
Fecha



ColumbiaDoctors  
*The Physicians and Surgeons  
of Columbia University*

División de GI/Endocrine Surgery & de Pancreas  
Historia de la Medicina

NewYork-Presbyterian  
The University Hospital of Columbia and Cornell

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales

| Medicación | Dosis | ¿ Con qué frecuencia |
|------------|-------|----------------------|
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |
|            |       |                      |



50705

**Departamento de Servicios perioperatorios**  
**Cuestionario médico preoperatorio - Formulario de evaluación de datos**

SINO HAY PLACA, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE, SEXO Y NO. DE REGISTRO MÉDICO

**INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE: (Debe completarlo el paciente, tutor o enfermeras/os de admisión)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Habla inglés con fluidez:  Sí  No Idioma que habla: \_\_\_\_\_ Necesita traductor:  Sí  No

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del médico cirujano: \_\_\_\_\_ Fecha esperada de la cirugía \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico de cabecera ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del médico cardiólogo \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Procedimiento esperado: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono en donde se le puede localizar antes de la cirugía: \_\_\_\_\_

Horario preferible para llamar:  Tarde  Noche ¿Podemos dejar mensajes?  Sí  No

¿Es alérgico a algo?  Sí  No  ALIMENTOS  MEDICAMENTOS  LÁTEX  OTRO \_\_\_\_\_

| ALÉRGICO | REACCIÓN |
|----------|----------|
|          |          |
|          |          |
|          |          |
|          |          |

| MENCIONE CIRUGÍAS ANTERIORES | FECHA | COMPLICACIONES (SI APLICA) |
|------------------------------|-------|----------------------------|
|                              | / /   |                            |
|                              | / /   |                            |
|                              | / /   |                            |
|                              | / /   |                            |
|                              | / /   |                            |
|                              | / /   |                            |

¿Qué tipo de anestesia le han administrado?  
 General  Regional  Intradural  Epidural  Local  Ninguna  No estoy segura

Por favor, mencione cualquier complicación/problema que haya experimentado debido a la anestesia.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, mencione las hospitalizaciones previas e incluya las visitas a la sala de emergencias

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Departamento de Servicios peroperatorios  
Cuestionario médico preoperatorio - Formulario de evaluación de datos

SI NO HAY PLACA, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE, SEXO Y NO. DE REGISTRO MÉDICO

**Corazón: ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?**

- 1) Fibrilación auricular o ritmo cardiaco irregular .....
- 2) Presión arterial alta o prolapso de válvula mitral .....
- 3) Infarto de miocardio, cardiopatía, angina o dolor de pecho .....
- 4) Soplos cardiacos, insuficiencia cardiaca o cirugía cardiaca .....
- 5) Colesterol alto .....
- 6) Dolor de pecho o dificultad para respirar al subir escaleras .....
- 7) Cateterismo cardiaco - en caso afirmativo:

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

- 8) Prueba de esfuerzo cardiaco - en caso afirmativo .....

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

**¿Usted...**

- 9) Toma antibióticos antes de una cirugía o procedimiento dental? .....
  - 10) Tiene un marcapasos o un implante de desfibrilador (AICD)? .....
- En caso afirmativo, ¿quién es el fabricante?: (marque uno)
- Medtronic    Guidant    St. Jude    Biolonik    Otro

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

**Pida a su cardiólogo que le envíe el cuestionario sobre marcapasos más reciente al cirujano y por favor traiga consigo la tarjeta de Información al día de la cirugía**

- 11) ¿Tiene 60 años o más? .....

**Respiración: ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?**

- 12) ¿Dificultad para respirar al hacer esfuerzos o tobillos inflamados? .....
- 13) ¿Necesita más de una almohada o despertar durante la noche porque no puede respirar? .....
- 14) ¿Tuberculosis (TB)? .....
- 15) ¿Ha fumado más de 1 cajetilla al día durante 20 años o 2 cajetillas durante 10 años? .....
- 16) ¿Ha fumado durante el último año? .....
- 17) ¿Oxígeno en casa para ayudarlo a respirar? .....
- 18) ¿Enfisema grave, asma o bronquitis aguda (EPOC) que limite sus actividades? .....
- 19) ¿Embolsismo o coágulo que se alojara en sus pulmones? .....

**Apnea obstructiva del sueño (OSA, en Inglés):**

- 20) ¿Padece de apnea obstructiva del sueño (OSA, por sus siglas en Inglés)? .....
  - 21) ¿Ronca tan fuerte que lo escuchan a través de puertas cerradas? .....
  - 22) ¿Le han dicho que jadea, se ahoga, aspira con dificultad o deja de respirar mientras duerme? .....
  - 23) ¿Padece o está en tratamiento debido a hipertensión arterial? .....
  - 24) ¿Tiene un BiPAP o C-PAP en casa? .....
- Si es así, indique la configuración: \_\_\_\_\_

| PARA EL PACIENTE |    | CLINICIAN USE ONLY                   |                      |
|------------------|----|--------------------------------------|----------------------|
| No               | Sí | Test for "Yes" Answers               | Anesthesia Consult * |
|                  |    | EKG                                  | *                    |
|                  |    | EKG                                  | *                    |
|                  |    | CBC, EKG                             | *                    |
|                  |    | CBC, EKG                             | *                    |
|                  |    | EKG                                  | *                    |
|                  |    | CBC, EKG                             | *                    |
|                  |    | CBC, EKG                             | *                    |
|                  |    | <b>If yes, contact EP specialist</b> | *                    |
|                  |    | EKG                                  | *                    |

|  |  |          |   |
|--|--|----------|---|
|  |  | CBC, EKG | * |
|  |  | CBC, EKG | * |
|  |  | CXR      | * |
|  |  | CBC, CXR | * |
|  |  | CBC, CXR | * |
|  |  | EKG, CXR | * |

|  |  |               |   |
|--|--|---------------|---|
|  |  | CBC, EKG, CXR | * |
|  |  | CBC, EKG      | * |
|  |  | CBC, EKG      | * |
|  |  | EKG           | * |
|  |  | CBC, CXR      | * |

\* Anesthesia Consult Recommended

CBC = CBC plus platelets, BMP = BUN, CL, CO2, CRE, Gluc, K, NA, AnionGap, LIV = ALB, ALP, ALT, AST, DBIL, TBIL, TP



50705

**Departamento de Servicios perioperatorios**  
**Cuestionario médico preoperatorio - Formulario de evaluación de datos**

SI NO HAY PLACA, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE, SEXO Y NO. DE REGISTRO MÉDICO

**Trastornos sanguíneos: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?**

- 25) ¿Anemia o hemograma bajo? .....
- 26) ¿Úlceras sangrantes o hemorragia rectal? .....
- 27) ¿Drepanocitosis or rasgos de ésta? .....
- 28) Coágulos sanguíneos en las piernas (flebitis) o Trombosis venosa profunda? .....
- ¿Usted:**
- 29) utiliza warfarina (Coumadin) como adelgazante de sangre?
- 30) sufre moretones fácilmente y/o tiene problemas de hemorragia? .....

| PARA EL PACIENTE |    | CLINICIAN USE ONLY     |                      |
|------------------|----|------------------------|----------------------|
| No               | SI | Test for "Yes" Answers | Anesthesia Consult * |
|                  |    | CBC                    |                      |
|                  |    | CBC                    |                      |
|                  |    | CBC, CXR               |                      |
|                  |    |                        |                      |
|                  |    | PT/INR                 | *                    |
|                  |    | CBC, PT/INR/APTT       |                      |

**Trastornos endocrinos/reñales: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?:**

- 31) ¿Diabetes? .....
- 32) ¿Enfermedad de las suprarrenales o enfermedad/tumor de tiroides? ....
- 33) ¿Enfermedad o insuficiencia renal, o está recibiendo diálisis? .....
- 34) ¿Hepatitis aguda, ictericia, cirrosis o insuficiencia hepática? .....
- 35) ¿Utiliza diuréticos, digoxin (Lanoxin) o esteroides (Prednisone)? .....

|  |  |                    |  |
|--|--|--------------------|--|
|  |  | BMP, EKG           |  |
|  |  | BMP                |  |
|  |  | BMP, EKG, CBC      |  |
|  |  | LIV, PT, INR, APPT |  |
|  |  | BMP, EKG           |  |

**Problemas gastrointestinales: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?**

- 36) ¿Dolor abdominal agudo? .....
- 37) ¿Falta de apetito o pérdida involuntaria de peso durante el último año?
- 38) ¿Reflujo ácido? .....

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Trastornos neurológicos: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?**

- 39) ¿Derrame cerebral o convulsiones? .....
- 40) ¿Debilidad de brazos o piernas? .....
- 41) ¿Lesiones de cráneo, cuello o espalda? .....
- 42) ¿Dolor crónico? .....
- 43) ¿Dolor punzante o pérdida de sensibilidad en brazos o piernas? .....
- 44) ¿Enfermedad de tejido conjuntivo, lupus, artritis reumatoide, o enfermedad de Raynaud? .....

|  |  |               |  |
|--|--|---------------|--|
|  |  | BMP, EKG, CBC |  |
|  |  |               |  |
|  |  |               |  |
|  |  |               |  |
|  |  |               |  |

**Obstetricia**

- 45) ¿Está embarazada o podría estarlo? .....
- Último ciclo menstrual \_\_\_\_\_
- 46) ¿Ha estado embarazada durante los últimos 3 meses? .....

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | BHCG  |  |
|  |  | If yes to (#45 & #46) a blood specimen must be sent < 72 hours of surgery for T & S and T & C |  |

**Cáncer: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?**

- 47) ¿Cáncer y/o quimioterapia?
- 48) ¿Ha recibido radioterapia?
- 49) Disección axilar de los ganglios linfáticos:  Sí  No
- ¿En qué costado?: \_\_\_\_\_

|  |  |               |  |
|--|--|---------------|--|
|  |  | CBC           |  |
|  |  | CXR, EKG, CBC |  |
|  |  |               |  |

\* Anesthesia Consult Recommended

CBC = CBC plus platelets, BMP = BUN, CL, CO2, CRE, Gluc, K, NA, AnionGAP, LIV = ALB, ALP, ALT, AST, DBIL, TBIL, TP

**Departamento de Servicios peroperatorios**  
**Cuestionario médico preoperatorio - Formulario de evaluación de datos**

SI NO HAY PLACA, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE, SEXO Y NO. DE REGISTRO MÉDICO

**Problemas relacionados con la anestesia: ¿Ha tenido lo siguiente?**

- 50) ¿Problemas para colocar un tubo de respiración en su tráquea para una cirugía? .....
- 51) ¿Cirugía en la garganta, cuerdas vocales o pulmones? .....
- 52) ¿Alguna reacción negativa, suya o de algún familiar, a la anestesia? ....
- 53) ¿Antecedentes de hipertermia maligna, ya sea usted o algún familiar? ..
- 54) ¿Tiene problemas para abrir la boca o doblar su cuello hacia adelante o atrás? .....
- 55) ¿Le están realizando cirugía bariátrica (pérdida de peso), vascular o torácica (pecho)? .....

Verá a SU anestesiólogo el día de la cirugía. Además,

- 56) ¿Desea ver a un anestesiólogo antes del día de la cirugía? .....

| PATIENT ONLY |     | CLINICIAN USE ONLY     |                      |
|--------------|-----|------------------------|----------------------|
| No           | Yes | Test for "Yes" Answers | Anesthesia Consult * |
|              |     |                        | *                    |
|              |     |                        | *                    |
|              |     |                        | *                    |
|              |     |                        | *                    |
|              |     |                        | *                    |
|              |     |                        | *                    |
|              |     |                        | *                    |

**Enfermedades que debe comunicar: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?**

- 57)  HERPES  SIDA  VIH .....
- 58) ¿Contacto durante el último mes con alguien que pudiera padecer Síndrome respiratorio agudo severo (SARS, en Inglés)? .....
- 59) ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos durante el último mes? Si es así, ¿a dónde? .....

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Ojos: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?**

- 60) ¿Ojos resecos? .....
- 61) ¿Glaucoma o cataratas? .....

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Salud conductual**

- 62) ¿Ha sufrido ansiedad, depresión o algún trastorno psiquiátrico? .....

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**Transfusión sanguínea: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?**

- 63) ¿Transfusiones sanguíneas durante los últimos 3 meses? .....
- 64) ¿Reacción o alergia a una transfusión sanguínea? .....
- 65) ¿Donó sangre para esta cirugía? .....
- 66) ¿Algún familiar donó sangre? .....

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | If yes to (#63) a blood specimen must be sent < 72 hours prior to surgery for T&S and T&C |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |

\* Anesthesia Consult Recommended

CBC = CBC plus platelets, BMP = BUN, CL, CO2, CRE, Gluc, K, NA, AnionGAP,  
LIV = ALB, ALP, ALT, AST, DBIL, TBIL, TP

Firma del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Si lo completó el RN: \_\_\_\_\_ RN Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Firma del enfermero(a)



**ColumbiaDoctors**

**AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO**

FECHA: \_\_\_\_\_

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de ColumbiaDoctors.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (en letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

**Si este formulario fue completado por el representante personal del paciente, por favor escriba el nombre en letras de imprenta y firme a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal  
(en letras de imprenta) y parentesco

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

For ColumbiaDoctors use only

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of ColumbiaDoctors Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reasons:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Employee Name

\_\_\_\_\_  
Date

**Este formulario se debe colocar en el expediente medico del paciente**

*Revised March 2014*

**CERTIFIED**  
to be a true and correct translation from  
English to Spanish: M.G. 02/20/08 R  
**THE HISPANIC TRANSLATION CENTER**  
Columbia University Medical Center





## AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

### **Acerca de este aviso**

Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y revelar la información de salud que lo identifica a usted ("Información de Salud"). Describimos también sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto a usar y revelar la Información de Salud. La ley nos exige mantener la privacidad de la Información de Salud que lo identifica; entregarle este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su Información de Salud; y seguir las condiciones de nuestro Aviso que se encuentran vigentes actualmente. Este Aviso cubre las prácticas de los médicos de la facultad en el Centro Médico de la Universidad de Columbia llamados Médicos de Columbia, en todas las oficinas asociadas de profesionales de salud, odontología, médicos controlados o pertenecientes a Columbia y/u otros planes de prácticas de la facultad, así como los médicos empleados de la facultad de Columbia, dentistas y profesionales de salud asociados cuando trabajan en un espacio arrendado o propiedad de la Universidad de Columbia, así como su personal de apoyo clínico. ("Columbia University", "Columbia", "nosotros" o "nos")(Si los médicos o los profesionales de cuidado de salud de Columbia le proporcionan tratamiento o servicios en otro lugar por ejemplo, en el Hospital New York Presbyterian, se aplicarán los términos del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad que usted recibe en ese otro lugar.

### **Cómo podemos usar y revelar la información de salud sobre usted**

Las categorías siguientes describen varias formas en las que podemos usar y revelar la Información de Salud.

#### **Con fines de tratamiento**

Podemos usar la Información de Salud sobre usted para ofrecerle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar la Información de Salud a los médicos, las enfermeras, los técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que participen en su cuidado. Por ejemplo, es posible que un médico que lo trate por una fractura de la pierna necesite saber si usted tiene diabetes, ya que la diabetes puede demorar el proceso de curación. Los diferentes departamentos de la Universidad de Columbia pueden también compartir la Información de Salud tales como recetas, análisis de laboratorio y radiografías para coordinar su tratamiento. Podemos también revelar la Información de Salud a personas que se encuentran fuera de la Universidad de Columbia que pueden participar en su cuidado médico.

#### **Con fines de obtener pago**

Podemos usar y revelar la Información de Salud para facturar el costo del tratamiento y de los servicios que recibe en la Universidad de Columbia y poder cobrarle a usted, a su compañía de seguro u otro tercer pagador. Por ejemplo, puede ser necesario que le demos a su plan de salud información sobre su tratamiento para que éste pague dicho tratamiento. Podemos también informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento o no. En el caso de que se demore el pago de una factura, puede ser necesario que le demos Información de Salud a una agencia de cobro según sea necesario para ayudar a saldar la factura o se puede dar a conocer una deuda pendiente a las compañías de informe de crédito.

#### **Con fines de operaciones de cuidado de salud**

Podemos usar y revelar la Información de Salud con propósitos de llevar a cabo las operaciones del cuidado de salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban cuidado de calidad y para nuestros fines de operaciones y administración. Por ejemplo, podemos usar la Información de Salud para revisar el tratamiento y los servicios que usted recibe con el fin de comprobar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brindan. También podemos

revelar información a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, y otro personal con propósitos docentes y de aprendizaje. Las entidades y los individuos cubiertos por este Aviso también pueden compartir entre sí la información para satisfacer los propósitos de operaciones conjuntas de cuidado de salud.

#### **Para recordar las citas/Alternativas de tratamiento/ Beneficios y servicios relacionados con la salud**

Podemos usar y revelar la Información de Salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado médico, o para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

#### **En actividades para recaudar fondos**

El Centro Médico de la Universidad de Columbia (CUMC por sus siglas en inglés) puede usar su información demográfica, incluyendo nombre, dirección, estado del seguro de salud, edad y sexo, así como cierta información del tratamiento, datos del tratamiento que usted recibió, departamento en el que recibió el tratamiento, nombre de su médico tratante, e información específica sobre el resultado de su tratamiento para comunicarnos con usted para recaudar fondos.

Usted tiene derecho de optar por recibir comunicaciones para recaudar fondos en cualquier momento. Si desea que no nos comuniquemos con usted en el futuro para la recaudación de fondos para el Centro Médico de la Universidad de Columbia (CUMC) por favor, contacte con la Oficina sobre la Privacidad del Centro Médico de la Universidad de Columbia (CUMC Privacy Office) al teléfono (212-305-7315) o escriba al correo electrónico ([HIPAA@columbia.edu](mailto:HIPAA@columbia.edu)).

#### **A los individuos que participan en su cuidado o que tienen que ver con el pago de su cuidado**

Podemos revelar Información de Salud a una persona que participa en su cuidado médico o que ayuda a pagar su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. Podemos también comunicarle a su familia dónde usted se encuentra o su estado general o revelar tal información a una entidad que brinda ayuda para aliviar una situación de desastre.

#### **Para la investigación**

Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar la Información de Salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquéllos que recibieron otro para la misma afección. Sin embargo, antes de usar o revelar la Información de Salud para la investigación, el proyecto se someterá a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y usa la Información de Salud para sopesar los beneficios de la investigación con la necesidad de mantener la privacidad de la Información de Salud. Aún sin la aprobación especial, podemos permitir a los investigadores observar los expedientes para ayudarlos a identificar a los pacientes que se pueden incluir en el proyecto de investigación o para propósitos similares, siempre y cuando no retiren ni hagan copia alguna de la Información de Salud.

#### **Cuando lo requiera la ley**

Revelaremos información médica sobre usted cuando lo requieran las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

#### **Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad**

Podemos usar y revelar la Información de Salud cuando sea necesario para impedir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación será a alguien que pueda ayudar a impedir la amenaza.

#### **A los asociados de negocios**

Podemos revelar Información de Salud a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos ofrecen sus servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados, bajo nuestro contrato, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni revelar ninguna información aparte de lo que se especifica en el contrato.

### **Para la donación de órganos y tejidos**

Si usted es un donante de órgano o tejido, podemos revelar Información de Salud a las organizaciones que manejan la adquisición de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejido o para un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órgano o tejido.

### **A los militares y veteranos**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar la Información de Salud según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar Información de Salud a la autoridad militar extranjera que corresponda si usted es un militar extranjero.

### **Para compensación al trabajador**

Podemos revelar la Información de Salud para compensación al trabajador o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios a las personas con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **En caso de riesgos para la salud pública**

Podemos revelar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen hacer revelaciones: a una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para fines relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de una actividad o un producto regulado por la FDA; para impedir o controlar una enfermedad, lesión o incapacidad; para informar sobre nacimientos y fallecimientos; para informar acerca de maltrato o negligencia infantil; para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas que surjan con respecto a productos; para notificar a las personas sobre productos que se retiran del mercado que ellas pueden estar usando; con respecto a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o un problema de salud; y a la autoridad gubernamental que corresponda si pensamos que un paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica y el paciente está de acuerdo o la ley nos exige o autoriza a efectuar tal revelación.

### **Para las actividades de supervisión de salud**

Podemos revelar Información de Salud a una agencia de supervisión de salud para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgar licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de cuidado de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.

### **En caso de demandas y disputas**

Si usted está implicado en una demanda o disputa, podemos revelar Información de Salud en respuesta a una orden administrativa o de los tribunales. También podemos revelar Información de Salud en respuesta a una citación, petición de información y pruebas o a otro proceso legal de otra persona implicada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para comunicarle a usted acerca de la solicitud o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

### **Para hacer cumplir la ley**

Podemos revelar Información de Salud si lo solicita un agente del orden por las razones siguientes: en respuesta a una orden de los tribunales, orden de comparecencia, orden judicial, citación o proceso similar; para brindar información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo sustancial o persona desaparecida; para ofrecer información sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; para dar información sobre una muerte que pensamos pueda ser resultado de conducta criminal; para proporcionar información sobre conducta criminal en nuestro recinto; y en circunstancias de emergencia informar acerca de un crimen, el lugar del crimen o la ubicación de las víctimas, o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

### **Para la Seguridad Nacional, Actividades de Inteligencia y Servicios de Protección**

Podemos revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contra-inteligencia y otras relacionadas con la seguridad nacional autorizadas por la ley. Podemos también revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan llevar a cabo investigaciones especiales y ofrecer protección al Presidente, otras personas autorizadas y jefes de estado extranjeros.

### **A los funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosas, médicos forenses y directores de funerarias**

Podemos revelar Información de Salud a funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosas, médicos forenses, o directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus deberes.

### **A los presos**

Si usted es un preso en un correccional o está bajo la custodia de un agente del orden, podemos dar a conocer Información de Salud a dicho funcionario o al personal del correccional. Esta Información de Salud se daría a conocer si es necesario (1) que la institución le ofrezca cuidado de salud; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad y protección del correccional.

### **Cómo enterarse acerca de las protecciones especiales para el VIH, consumo de sustancias controladas y alcohol, enfermedad mental e información genética**

Se aplican protecciones especiales para mantener la privacidad de la información relacionada con el VIH, el consumo de sustancias controladas y el alcohol, la salud mental y la información genética. Algunas partes de este Aviso general sobre las Prácticas de Privacidad pueden no corresponder a este tipo de información. Si su tratamiento tiene que ver con esta información, usted puede comunicarse con el Agente de Privacidad para saber más sobre las protecciones.

### **Otros usos de la Información de Salud**

Si se llegara a usar o revelar la Información de Salud de alguna forma que no esté cubierta por este Aviso o las leyes que nos atañen, esto sólo se hará con su permiso por escrito. Por ejemplo, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de la privacidad, no podremos usar ni revelar notas de psicoterapia sobre usted, vender a otros su información de salud, ni usar o revelar su información de salud para ciertas comunicaciones promocionales consideradas para la comercialización bajo la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que usted nos otorgue la autorización para revelar su información de salud, no podemos garantizar que el receptor a quien se le proporciona la información no revelará la información. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento presentando una solicitud escrita al Agente de Privacidad, excepto hasta el punto en que hemos actuado basándonos en su permiso.

### **Sus derechos en cuanto a la información de salud sobre usted**

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a ciertas limitaciones, con respecto a la Información de Salud que mantenemos sobre usted:

#### **Derecho de revisar y copiar**

Usted tiene derecho de revisar y copiar la Información de Salud que se puede usar para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su cuidado. Si mantenemos una copia electrónica de su Información de Salud, usted también tiene derecho de obtener una copia de esa información en formato electrónico. También usted puede solicitar que proporcionemos a terceras partes que usted identifique una copia de su información. Podemos negarle su solicitud para inspeccionar o copiar su información médica en circunstancias limitadas. Si le negamos su solicitud, usted tiene derecho a que se revise esta negativa. Podemos cobrarle por los gastos de las copias, el envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud.

### **Derecho de solicitar enmiendas**

Si piensa que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información y debe decirnos la razón de su solicitud. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo durante el cual la información sea mantenida por o para Columbia. La solicitud de enmiendas se debe enviar, por escrito, al Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso. Podemos negarle su solicitud para una enmienda en circunstancias limitadas. Si le negamos su solicitud, se puede agregar una declaración de desacuerdo a su Información de Salud.

### **Derecho de solicitar una relación de las revelaciones**

Usted tiene derecho de solicitar una "relación de las revelaciones" sobre la Información de Salud. Ésta es una lista de ciertas revelaciones que hacemos de la Información de Salud en seis años antes de su solicitud. No estamos obligados a explicar ciertas revelaciones incluyendo revelaciones del tratamiento, pago, u operaciones o revelaciones del cuidado de salud a usted o en conformidad con su autorización. La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratis. Si solicita listas adicionales, podemos cobrarle por el costo de proporcionarle esta lista.

### **Derecho de limitar las solicitudes**

Usted tiene derecho a solicitar que se limite o restrinja la Información de Salud que usamos o revelamos para el tratamiento, los pagos o el manejo de cuidado de salud. También tiene derecho a solicitar que se limite la Información de Salud que revelamos sobre usted a cualquier persona que participe en su cuidado o en el pago de su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con la misma a menos que terminemos nuestro acuerdo o la información se necesite para ofrecerle tratamiento de emergencia.

### **Derecho de ser notificado de un incumplimiento**

Usted tiene derecho de que le comuniquen si ha ocurrido una violación que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su Información de Salud.

### **Derecho de limitar ciertas revelaciones a su Plan de Salud**

Usted tiene derecho a solicitar que no revelemos Información de Salud a su plan de salud si esa información se relaciona con ítems o servicios de cuidado de salud que usted ha pagado totalmente en el momento que se llevó a cabo el servicio. Usted debe notificar la práctica de su solicitud para no proporcionar Información de Salud sobre el servicio a su plan de seguro de salud. Aceptaremos esa solicitud a menos que la ley exija revelar esa información al plan de salud.

### **Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales.**

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre temas médicos en forma específica o en lugares específicos. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Su solicitud debe especificar cómo o dónde usted desea ser localizado. Tendremos en cuenta las solicitudes razonables.

### **Derecho de solicitar una copia en papel de este Aviso**

Usted tiene derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso, aún si ha estado de acuerdo en recibirlo por vía electrónica. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web: <http://www.cumc.columbia.edu/hipaa/>

### **Cómo puede hacer uso de sus derechos**

Para hacer uso de los derechos descritos en este Aviso, envíe su solicitud, por escrito, a la dirección del Agente de Privacidad que aparece al final de éste. Otra posibilidad, para hacer uso de sus derechos para revisar y copiar la Información de Salud, es comunicarse directamente con la consulta de su médico. Para obtener la copia en papel del Aviso, comuníquese con el Agente de Privacidad por teléfono o correo.

### **Cambios a este Aviso**

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicarle el Aviso revisado o modificado a la Información de Salud que ya tenemos así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del Aviso actual en cada consulta médica o centro para pacientes externos de Columbia y en nuestro sitio web. Al final de este Aviso se colocará la fecha en que entra en vigor el mismo.

### **Quejas**

Si piensa que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja a Columbia o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Para presentar una queja a Columbia, comuníquese con nuestro Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso. No será penalizado por presentar una queja.

### **Preguntas**

Si tiene una pregunta acerca de este Aviso sobre la Privacidad comuníquese con:

**Privacy Officer**

Office for HIPAA Compliance

**Columbia University Medical Center**

630 West 168th Street, Box 159

New York, NY 10032

**Teléfono:** 212-305-7315

**Fecha en que entra en vigencia:** 23 de septiembre del 2013

**Correo electrónico:** [hipaa@columbia.edu](mailto:hipaa@columbia.edu)

**Página Web:** [www.cumc.columbia.edu/hipaa](http://www.cumc.columbia.edu/hipaa)