

# Bienvenido a Porter-Starke Services

**Estamos dispuestos a escuchar.**

Nuestra Coordinación de Atención le conecta con los programas, servicios, proveedores y recursos comunitarios que mejor se adapten a sus necesidades.

Los servicios que puede empezar a usar inmediatamente pueden incluir:

- ★ **Grupos de acceso:** comience los servicios en un entorno grupal.
- ★ **Servicios de participación:** reciba revisiones periódicas y servicios de apoyo que le vinculan a la atención.
- ★ **myStrength:** descargue esta aplicación de bienestar GRATUITA.



## Servicios de emergencia

- Atención en caso de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Hospital psiquiátrico para adultos (Valparaiso)
- Remisiones a servicios adicionales

## Tratamiento del consumo de sustancias

- Asesoramiento individual y grupal
- Programa intensivo para pacientes ambulatorios
- Tratamiento asistido con medicamentos (metadona, buprenorfina/Suboxone, naltrexona)
- Apoyo a la recuperación entre compañeros
- Tratamiento del consumo de tabaco

## Servicios de terapia

- Grupos de acceso
- Terapia individual, de pareja, familiar y grupal
- Pruebas psicológicas
- Opciones presenciales, en el hogar, en la escuela y de telesalud

## Servicios psiquiátricos

- Evaluación y diagnóstico psiquiátrico
- Gestión de medicamentos
- Diagnóstico y educación sobre medicamentos
- Opciones presenciales y de telesalud

## Atención primaria

- Marram Health Center
  - Atención médica para adultos
  - Pediatría
  - Servicios dentales
- Farmacia en las instalaciones
- Opciones presenciales y de telesalud

## Servicios de apoyo

- Gestión de casos
  - Habilidades para la vida diaria
    - Elaboración de presupuestos
    - Crianza de los hijos
    - Manejo de los síntomas
- Programa de bienestar InSHAPE
- Opciones presenciales, en el hogar, en la escuela y en la comunidad
- Vida supervisada
- Enlace a recursos comunitarios

### ¿Preguntas? Póngase en contacto con:

- **Programación:** llame a su oficina; consulte a continuación
- **Facturación:** 219.476.4546
- **Divulgación de expedientes:** 219.476.4540

### Para preguntas sobre medicamentos y salud:

- **Enfermeras de Valparaiso:** 219.476.4542
- **Enfermeras de Portage:** 219.763.8850
- **Enfermeras de Knox:** 574.772.8319

Si ve un servicio en esta lista sobre el que le gustaría saber más, hágaselo saber a su actual proveedor. Queremos ayudar a ponerle en contacto con la atención que mejor se adapte a sus necesidades.

Porter-Starke Services  
601 Wall Street  
Valparaiso, IN 46383  
219.531.3500

Porter-Starke Services  
3176 Lancer Street  
Portage, IN 46368  
219.762.9557

Porter-Starke Services  
1001 Edgewood Drive  
Knox, IN 46534  
574.772.4040

Recovery Center La Porte  
1230 W. State Road 2  
La Porte, IN 46350  
219.476.4520

Marram Health Center  
3229 Broadway Avenue  
Gary, IN 46409  
219.806.3000

Marram Health Center  
704 S. State Road 2  
Hebron, IN 46341  
219.996.2641

Obtenga más información en [porterstarke.org](http://porterstarke.org)

## Autorización para la divulgación de la información médica protegida

### General

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del cliente: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejarle un mensaje? (marque una opción)  Sí  No

El abajo firmante autoriza y solicita la divulgación de la información médica confidencial: (MARQUE)

a la agencia y la persona que se enumeran a continuación  de la agencia y la persona que se enumeran a continuación

para revisión, examen o fotocopias entre **Porter-Starke Services, Inc.**, 601 Wall St., Valparaiso, IN 46383 y

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la persona o agencia que recibe los expedientes*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, estado, código postal*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Número de fax*

### El acceso a esta información es limitado como se indica a continuación:

Divulgación a partir del periodo de tiempo de: (marque una opción):  1) Cualquier admisión  2) Solo el/los año(s) especificado(s):  
 \_\_\_\_\_ especificar el/los año(s)

#### Publicar SOLO AQUELLAS PARTES DEL EXPEDIENTE MÉDICO que se MARCAN A CONTINUACIÓN:

Valoración/evaluación/nota de progreso  Resultados de laboratorio/fármacos  Medicamentos  Resultados de las pruebas psicológicas  
 Citas/historial  Financiero/seguro  Formularios del IOP  
 Comunicación verbal  Carta  Forma (especifique tipo): \_\_\_\_\_

#### Propósito de la divulgación: (marque una opción) Continuidad de la atención

Solo contacto de emergencia: Entiendo que al marcar esta casilla, si no se designa a nadie más, Porter-Starke Services solo la utilizará en caso de una emergencia y solo revelará los detalles de dicha emergencia.

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Fecha en que se necesitan los expedientes: \_\_\_\_\_ (es posible que se requiera una tarifa si los registros se necesitan en menos de 48 horas).

#### Marque una opción:

Recogeré los expedientes.

Enviar por correo los expedientes a la dirección que se mencionó anteriormente.

Enviar los expedientes a este correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

*\*Entiendo que el correo electrónico puede no ser seguro. Acepto el riesgo al permitirle enviar mis expedientes médicos al correo electrónico indicado.*

Entiendo plenamente que mi expediente médico contiene información confidencial sobre salud física, mental, abuso de sustancias o VIH/SIDA recopilada en el curso de mi tratamiento. Los expedientes médicos o la información autorizada para ser divulgada a continuación son privilegiados y confidenciales y pueden ser divulgados solo con mi autorización, como lo requiere la ley. Entiendo que los expedientes que no están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] Parte 2) pueden estar sujetos a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no estén protegidos por la ley federal o estatal. Entiendo que no se me puede exigir que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento u obtener el pago por este.

Si no se especifica ninguna fecha, evento o condición a continuación, esta autorización vence 60 días después de que se terminen los servicios o cuando se satisfagan todas las responsabilidades financieras. Fecha, evento o condición de vencimiento de esta autorización: \_\_\_\_\_. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se tomaran acciones de buena fe confiando en esta autorización) mediante la presentación de una revocación por escrito o una solicitud oral al Departamento de Información de Salud.

Esta información puede divulgarse a partir de expedientes protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional se permita de forma explícita a través del consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el Título 42 del CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier cliente por abuso de alcohol o drogas.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente (si lo firma la parte responsable): \_\_\_\_\_ Solicitud recibida por: \_\_\_\_\_

#### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ NRM del cliente \_\_\_\_\_

Solo escaneo  Solicitar información de otro proveedor  Enviar expedientes médicos - petición de ROI adjunta  Expedientes médicos enviados: la petición de ROI ya se encuentra en el expediente  Información proporcionada al cliente, petición de ROI adjunta, escanear

Nombre del formulario: ROI - general

Revisado: 8 jul 2021, 30 jun 2021, 7 jun 2021, 24 may 2021, abr 2021

## Autorización para la divulgación de la información médica protegida Médico de Atención Primaria

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del cliente: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? (marque una opción)  Sí  No

**Necesito ayuda para obtener un Médico de Atención Primaria (PCP).** \_\_\_\_\_ Ponga sus iniciales aquí para confirmar que recibí una lista de recomendaciones de PCP.

**No tengo un PCP y rechazo la asistencia.**

**Tengo un PCP.** Si seleccionó esta opción, complete:

El abajo firmante autoriza y solicita la divulgación de la información médica confidencial: (MARQUE)

**a la agencia y la persona que se enumeran a continuación**  **de la agencia y la persona que se enumeran a continuación**

para revisión, examen o fotocopias entre **Porter-Starke Services, Inc.**, 601 Wall St., Valparaiso, IN 46383 y

\_\_\_\_\_  
Médico/clínica de atención primaria

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Número de fax

### Los documentos que se enumeran a continuación pueden divulgarse con el propósito de la continuidad de la atención:

Valoración/evaluación     Notas de progreso     Pruebas psicológicas     Resultados de laboratorio/fármacos  
 Medicamentos     Citas/historial     Comunicación verbal

**Enviar por correo o por fax los expedientes a la dirección que se mencionó anteriormente.**

**Enviar los expedientes a este correo electrónico\*:** \_\_\_\_\_.

*\*Entiendo que el correo electrónico puede no ser seguro. Acepto el riesgo al permitirle enviar mis expedientes médicos al correo electrónico indicado.*

Entiendo plenamente que mi expediente médico contiene información confidencial sobre salud física, mental, abuso de sustancias o VIH/SIDA recopilada en el curso de mi tratamiento. Los expedientes médicos o la información autorizada para ser divulgada a continuación son privilegiados y confidenciales y pueden ser divulgados solo con mi autorización, como lo requiere la ley. Entiendo que los expedientes que no están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] Parte 2) pueden estar sujetos a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no estén protegidos por la ley federal o estatal. Entiendo que no se me puede exigir que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento u obtener el pago por este.

Si no se especifica ninguna fecha, evento o condición a continuación, esta autorización vence 60 días después de que se terminen los servicios o cuando se satisfagan todas las responsabilidades financieras. Fecha, evento o condición de vencimiento de esta autorización: \_\_\_\_\_ . Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se tomaran acciones de buena fe confiando en esta autorización) mediante la presentación de una revocación por escrito o una solicitud oral al Departamento de Información de Salud.

**Esta información puede divulgarse a partir de expedientes protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional se permita de forma explícita a través del consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el Título 42 del CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier cliente por abuso de alcohol o drogas.**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente (si lo firma la parte responsable): \_\_\_\_\_ Solicitud recibida por: \_\_\_\_\_

#### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ NRM del cliente: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de cuenta del cliente: \_\_\_\_\_

Por la presente, el abajo firmante autoriza a Porter-Starke Services a **recibir** datos de reclamaciones de Medicaid que pueden incluir contenido relacionado con el tratamiento por consumo de drogas y alcohol, enfermedades infecciosas, incluido el VIH/SIDA, de la agencia que se indica a continuación:

### **Care Management Technologies (CMT), una empresa de Relias**

\*CMT es una empresa privada de datos que trabaja con la División de Salud Mental y Adicciones de Indiana y Medicaid de Indiana (Oficina de Política y Planificación de Medicaid [Office of Medicaid Policy and Planning, OMPP]) para mejorar la salud de los residentes de Indiana.

Entiendo plenamente que mi expediente médico contiene información confidencial sobre salud física, mental, abuso de sustancias o VIH/SIDA recopilada en el curso de mi tratamiento. Los expedientes médicos o la información autorizada para ser divulgada a continuación son privilegiados y confidenciales y pueden ser divulgados solo con mi autorización, como lo requiere la ley. Entiendo que los expedientes que no están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] Parte 2) pueden estar sujetos a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no estén protegidos por la ley federal o estatal. Entiendo que no se me puede exigir que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento u obtener el pago por este.

Fecha, evento o condición de vencimiento de esta autorización: \_\_\_\_\_. Si no se especifica ninguna fecha, evento o condición a continuación, esta autorización vence 60 días después de que se terminen los servicios o cuando se satisfagan todas las responsabilidades financieras. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se tomaran acciones de buena fe confiando en esta autorización) mediante la presentación de una revocación por escrito o una solicitud oral al Departamento de Información de Salud.

**Esta información puede divulgarse a partir de expedientes protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional se permita de forma explícita a través del consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el Título 42 del CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Solicitud recibida por: \_\_\_\_\_

(si lo firma la parte responsable)

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección del cliente: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente, el abajo firmante autoriza y solicita la divulgación de información médica confidencial para revisión, examen o fotocopias entre **Porter-Starke Services, Inc.**, 601 Wall St., Valparaiso, IN 46383 y la **compañía de seguros** que se menciona.

**Imprima claramente**

**Nombre de la compañía de seguros:** \_\_\_\_\_

El acceso a esta información es limitado como se indica a continuación.

**LA DIVULGACIÓN ES VÁLIDA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE FIRMA HASTA QUE SE LIQUIDA LA CUENTA CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Las partes del expediente médico que se entregarán a la compañía de seguros incluyen:**

**Códigos de facturación, fechas de servicio, proveedor(es) y diagnóstico Las notas o el plan de tratamiento y la información demográfica se pueden divulgar si lo solicita la compañía de seguros.**

**Propósito de la divulgación:**

**Facturar los servicios prestados a la compañía de seguros y comunicarse con la compañía de seguros que se menciona, la Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO) o el plan Carve-out según sea necesario para las autorizaciones, el pago y la continuidad de la atención.**

Entiendo plenamente que mi expediente médico contiene información confidencial sobre salud física, mental, abuso de sustancias o VIH/SIDA recopilada en el curso de mi tratamiento. Los expedientes médicos o la información autorizada para ser divulgada a continuación son privilegiados y confidenciales y pueden ser divulgados solo con mi autorización, como lo requiere la ley. Entiendo que no se me puede exigir que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento u obtener el pago por este.

Si no se especifica ninguna fecha, evento o condición a continuación, esta autorización vence 60 días después de que se terminen los servicios o cuando se satisfagan todas las responsabilidades financieras con la compañía de seguros. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se tomaran acciones de buena fe confiando en esta autorización) mediante la presentación de una revocación por escrito al Departamento de Información de Salud.

Esta información puede divulgarse a partir de expedientes protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] Parte 2). Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional se permita de forma explícita a través del consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el Título 42 del CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
(si lo firma la parte responsable)

Solicitud recibida por: \_\_\_\_\_

**PORTER-STARKE SERVICES, INC**

**NOMBRE DEL CLIENTE:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DEL CLIENTE:** \_\_\_\_\_

## Instrucciones para usar la plataforma de telemedicina Doxy.me para el cliente

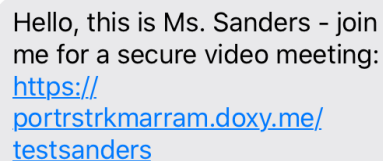
Doxy.me es una plataforma de telemedicina utilizada por Porter-Starke Services.

**Requerimientos:** use cualquier navegador de Internet excepto Internet Explorer, ya sea al usar un **teléfono inteligente** con un plan de datos o acceso a WiFi, o una **computadora portátil** con acceso a Internet.

**Recordatorio:** asegúrese de proporcionar el número de su teléfono inteligente cuando reciba una llamada de recordatorio de la recepción o una dirección de correo electrónico si está usando una computadora portátil.

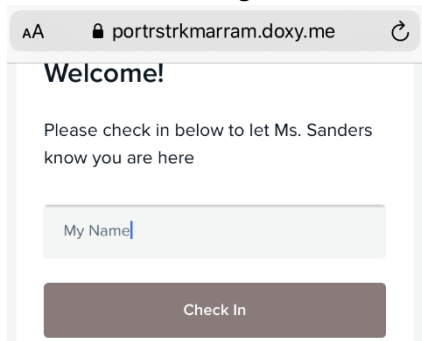
### Cómo unirse a una llamada:

- Espere un mensaje de texto en el que se le pedirá que se una a la sala del proveedor (si proporcionó una dirección de correo electrónico, recibirá un correo electrónico).
- Cuando llegue el mensaje de texto o correo electrónico, haga clic en el enlace:



Hello, this is Ms. Sanders - join me for a secure video meeting:  
[https://  
portrstrkmarram.doxy.me/  
testсандers](https://portrstrkmarram.doxy.me/testсандers)

- Cuando se le solicite, ingrese su nombre con su teclado:



AA portrstrkmarram.doxy.me

**Welcome!**

Please check in below to let Ms. Sanders know you are here

My Name|

Check In

- Haga clic en “*Check In*” (Registrarse) para ingresar a la sala de espera.
- Si se le solicita, haga clic en “*Allow*” (Permitir) para permitir que Doxy.me use la cámara/micrófono de su dispositivo.
- Su proveedor iniciará la llamada a partir de ahí.
- Pulse o coloque el cursor sobre la parte inferior de la pantalla de la llamada para que aparezcan los botones de silenciar, apagar video y finalizar llamada.

### Solución de problemas básicos:

- Reinicie su dispositivo antes de iniciar la llamada para obtener el mejor rendimiento.
- Verifique su conexión a Internet antes de unirse.
- Mantenga su dispositivo conectado a la electricidad para mantener la batería cargada.
- Si la llamada se interrumpe, regrese al mensaje de texto o al correo electrónico que recibió y haga clic en el enlace nuevamente para volver a ingresar a la sala de espera.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

### **Bienvenido a Porter-Starke Services, Inc.**

Como cliente, tiene derecho a recibir una copia de los derechos y responsabilidades del cliente.

#### **Nuestros clientes tienen derecho a:**

- Hacer que los derechos y responsabilidades del cliente sean revisados verbalmente con usted si es necesario, y proporcionar comentarios.
- Tener privacidad personal y que lo traten con dignidad y respeto, independientemente de su raza, religión, género, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual o cualquier otra clase protegida legalmente, diagnóstico, de dónde proviene o su fuente de pago por los servicios.
- Tener adaptaciones razonables para acceder al tratamiento, como servicios de traducción, accesibilidad según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) (discapacidad), etc.
- Recibir tratamiento en un entorno seguro, libre de abuso o acoso por parte del personal, incluidos daños físicos, sexuales o emocionales.
- Tener atención accesible y oportuna, incluida información clara sobre nuestro horario laboral, cómo comunicarse con nosotros para programar servicios y cuándo son sus próximas citas.
- Recibir la atención adecuada a sus necesidades, de acuerdo con los estándares de la práctica profesional y diseñada para brindar una oportunidad razonable para mejorar su condición. El personal siempre debe llegar a tiempo, ser amable y respetuoso.
- Recibir un trato confidencial que no pondrá en peligro su empleo ni interferirá con su capacidad para practicar sus creencias.
- Saber quién le está brindando tratamiento y cómo pueden tratar de ayudarlo. Solicitar que se consideren sus preferencias al recibir tratamiento, incluidas las preferencias relacionadas con los proveedores.
- Compartir el desarrollo y las actualizaciones periódicas de su plan de tratamiento para reflejar con precisión sus objetivos, fortalezas, necesidades, habilidades y preferencias. Tiene derecho a comprender su plan de tratamiento y cualquier opción adicional disponible, incluidos los servicios de defensa, comunitarios y de prevención que puedan ayudarlo en su tratamiento.
- Formular directivas anticipadas y hacer que nuestro personal cumpla con ellas cuando corresponda.
- Recibir educación sobre su diagnóstico, pronóstico, estado de salud y tratamiento en un lenguaje sencillo y claro que usted comprenda, incluido el propósito y la efectividad del tratamiento y el impacto potencial de recibir o no recibir servicios.
- Tomar decisiones informadas con respecto a su atención.
- Solicitar una explicación sobre los cargos por servicios y recibir información sobre asistencia financiera.
- Conocer las opciones de tratamiento disponibles, independientemente de los costos o la falta de cobertura de su plan de seguro. Tiene derecho a que los proveedores tomen decisiones sobre su atención sin tener en cuenta los incentivos económicos.
- Tener información sobre las pautas clínicas utilizadas por Porter-Starke Services, Inc. y su plan de seguro para brindar y administrar su atención.
- Recibir otra opinión, incluido el derecho a contactar y consultar con un asesor legal y médicos privados de su elección, cuyos costos correrán por su cuenta.
- No participar en ningún proyecto de investigación.
- Acceder a una nutrición y atención médica adecuadas, así como a visitantes, apropiados para su condición.
- Ser libre de restricciones y confinamientos que no sean médicamente necesarios. Solo se usa como último recurso y lo realiza personal capacitado de forma segura.
- Mantener la privacidad de su información médica protegida. Solo cuando lo permita o requiera la ley, su información médica protegida puede ser divulgada sin permiso, como situaciones en las que creamos que usted representa un peligro para usted mismo o para otros y estemos obligados a informar a las fuerzas del orden u otras agencias de protección.
- Rechazar los servicios o suspenderlos en cualquier momento, a menos que un tribunal de justicia le ordene recibir tratamiento o esté bajo tutela. Puede presentar una petición ante el tribunal de detención si no está satisfecho con los términos de su compromiso.
- Otorgar acceso a su información y expedientes médicos protegidos, al completar el formulario de divulgación de información, para usted o para otros. Es posible que se requiera algún pago para obtener esas copias. Es posible que parte de la información no se divulgue para protegerlo a usted o a otras personas.
- Presentar una queja o una apelación. Para hacerlo: primero, informe a un miembro del personal o supervisor de Porter-Starke Services para ayudar a determinar la naturaleza del problema y las posibles formas de abordar la situación. Si no está satisfecho con la respuesta o cree que se vulneraron sus derechos, puede llamar a la línea gratuita las 24 horas del día de Servicios al Consumidor de la División de Salud Mental y Adicciones de Indiana al 1-800-901-1133 (402 West Washington Street

W353, Indianapolis, IN 46204) o a la línea gratuita de los Servicios de Protección y Defensa de Indiana (Indiana Protection & Advocacy Services, IPAS) al 1-800-622-4845. Para asuntos de confidencialidad relacionados con sustancias, llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-312-730-1560. Para quejas relacionadas con Medicare, llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responsable de Indiana: Livanta al 1-888-524-9900. No puede perder sus derechos al acceder a estos recursos.

*Cada cliente tiene la responsabilidad de ejercer todos los derechos anteriores de una manera que no infrinja los derechos de otras personas. En la medida en que un cliente pueda ejercer un derecho de forma independiente, ese cliente será responsable de sus acciones en el ejercicio de ese derecho. Sin embargo, el personal puede establecer límites razonables sobre el momento y la forma del ejercicio de estos derechos. Por ejemplo, es posible que se requiera que un cliente siga el procedimiento establecido para presentar una queja o para acceder a los expedientes.*

### **Es responsabilidad del cliente:**

- Tratar a todas las personas involucradas en su atención con dignidad y respeto, incluidos los proveedores, el personal, otros clientes y visitantes.
- Respetar la privacidad al no decirle a otras personas sobre los clientes que ve en el tratamiento y al no repetir lo que otros clientes dicen en el grupo. Recuerde que los demás también aceptan respetar su privacidad.
- Seguir las reglas, acuerdos e instrucciones que se le proporcionen. Esto incluye, entre otros, a los clientes y visitantes respecto a abstenerse de usar productos derivados del tabaco, alcohol o sustancias ilícitas en nuestros terrenos, y no llevar armas a nuestros edificios.
- Brindar a los proveedores la información precisa que necesitan. Esto es para que puedan ofrecer la mejor atención posible.
  - Informar a sus proveedores, incluido su proveedor de atención primaria, sobre cualquier cambio en los medicamentos. Esto incluye los medicamentos que le den otros proveedores. Además, informe a su proveedor sobre las vitaminas, las hierbas o los medicamentos que pueda estar tomando y que no le recete un profesional médico.
  - Informar al personal acerca de cualquier cambio en su información personal, como dirección, número de teléfono, estado civil, seguro, empleo, etc.
  - Esta información precisa incluye proporcionar solo sus propias muestras sin alterar para los análisis de laboratorio/orina.
- Participar activamente ayudando a desarrollar su plan de tratamiento, haciendo preguntas y comprometiéndose con los servicios.
- Tomar sus medicamentos según lo prescrito. Si tiene problemas o inquietudes con sus medicamentos, informe a su proveedor.
- Comprender el proceso de reabastecimiento de medicamentos:
  - Si solo le quedan 7 días de medicamentos y necesita un reabastecimiento, solicite a su farmacia que envíe la solicitud de reabastecimiento del medicamento a Porter-Starke Services.
  - Espere al menos 3 días hábiles para que el reabastecimiento se envíe a la farmacia.
  - A veces, los reabastecimientos de medicamentos pueden requerir que venga y consulte a su proveedor, o es posible que no se otorguen debido a otras circunstancias. Su proveedor o nuestro personal de enfermería pueden responder a cualquier pregunta.
- Cumplir con sus citas. Si no puede asistir a su cita, avise con al menos 24 horas de anticipación para que otras personas puedan acceder a la atención durante este tiempo. Puede estar sujeto a una tarifa de cancelación de \$25 si no lo hace. Las cancelaciones tardías repetidas o las ausencias pueden resultar en una remisión de ausencias a la clínica.
- Pagar sus facturas a tiempo e informarnos si tiene problemas para pagar su atención. Puede haber ayuda financiera disponible.
- Comprender las reglas y expectativas de cualquier compromiso legal en el que pueda estar y que puedan causarle graves consecuencias si no se siguen. Las consecuencias pueden incluir arresto u hospitalización.
- Informar abiertamente cualquier inquietud sobre la calidad de la atención que está recibiendo a su proveedor o su supervisor, incluida la denuncia de cualquier abuso o fraude.

### **Específico para el Centro de Atención Hospitalaria**

Su dignidad, respeto propio e individualidad son extremadamente importantes para el personal y la administración de Porter-Starke Services, Inc. Como cliente que ingresa a la atención hospitalaria, por lo general, no pierde ninguno de sus derechos, beneficios o privilegios legales como destinatario de los servicios de salud mental. Tiene todos los derechos enumerados anteriormente, junto con los derechos que se indican a continuación.

### **Nuestros clientes hospitalizados también tienen derecho a:**

- Disponer de espacio de almacenamiento individual en las instalaciones. Se le devolverán todos los bienes legítimos al momento del alta médica.
- Recibir, poseer y usar los bienes personales, a menos que se determine que es perjudicial para usted o para otros.



- Comunicarse en privado con otras personas dentro y fuera de la instalación sin impedimentos ni censura por parte del personal, excepto cuando dicha comunicación se considere peligrosa o contraindicada por el plan de tratamiento.
- Enviar y recibir correo sin abrir, incluidas las boletas de voto ausente si ejerce el derecho al voto durante el tratamiento.
- Hacer que se le informe a su médico de familia personal o a un familiar o representante sobre su admisión, con su consentimiento.
- Tener un nivel razonable de privacidad personal, a menos que su condición clínica lo haga inseguro.
- Manejar sus asuntos financieros a menos que exista una justificación legal o clínica que explique por qué no desea o no puede manejar sus finanzas de manera responsable.

*Cualquiera de estos derechos puede restringirse si es clínicamente necesario, pero solo como parte de un plan de tratamiento escrito.*

Al poner sus iniciales en el formulario de consentimiento para tratamiento y acuerdo financiero, certifica que le informaron sobre sus derechos y responsabilidades, y que comprende esta información. También da fe de que se le ofreció una copia de sus derechos y responsabilidades.

Línea de crisis las 24 horas del día: 219-531-3500  
[www.porterstarke.org](http://www.porterstarke.org)

# CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy permiso a Porter-Starke Services, Inc. ("PSS") y Porter-Starke Services, Inc. dba Marram Health Center ("MHC") para proporcionar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se consideren necesarios por su personal médico o clínico. Reconozco que las prácticas de las profesiones psicológica, psiquiátrica y médica no son ciencias exactas y, por lo tanto, reconozco que no se han dado, ni se pueden dar, garantías sobre la probabilidad de éxito o el resultado de cualquier examen, prueba, diagnóstico, tratamiento o terapia realizada por PSS/MHC y sus empleados y personal contratado.

## DIVISIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (DIVISION OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION, DMHA) DE INDIANA

Autorizo a PSS a divulgar información a la División de Salud Mental y Adicciones de Indiana (DMHA) si se cumplen los requisitos según los términos de las directrices de DMHA Supported Consumer para clientes de centros comunitarios de salud mental. El programa del consumidor respaldado por la DMHA nos permite ofrecer escalas de tarifas móviles a las personas sin seguro que cumplen con las pautas estatales. Para todas las personas que cumplan con los siguientes criterios de inscripción: diagnóstico elegible, ingreso familiar igual o inferior al 200 % del nivel de pobreza federal, residente del estado de Indiana, beneficiario de cupones para alimentos, beneficiario del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families Program, TANF) o beneficiario de Medicaid. Una Evaluación de las Necesidades y Fortalezas de los Adultos (Adult Needs and Strengths Assessment, ANSA) o una Evaluación de las Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths Assessment, CANS) se llevará a cabo al inicio del tratamiento y a intervalos regulares durante el curso del tratamiento por su médico principal. Como consumidor, tiene derecho a rechazar la inscripción y puede suspenderla en cualquier momento.

## SERVICIOS DE TELESALUD

Reconozco que algunos servicios se prestan o pueden prestarse a través de telesalud, lo cual implica el uso de comunicaciones electrónicas para que un proveedor de salud en un lugar pueda atender a una persona que está en otro lugar. La telesalud mejora el acceso a los proveedores y ofrece la oportunidad de una atención continua. Los equipos de telesalud cuentan con protocolos de seguridad para proteger la confidencialidad de la identidad del cliente y la información médica protegida, así como con medidas para evitar la corrupción de datos. Además de los riesgos asociados a cualquier servicio clínico, la telesalud incluye el riesgo de que se produzca un error o un retraso debido a un mal funcionamiento del equipo, una mala calidad de las imágenes o la pérdida de acceso a los expedientes, o un fallo de seguridad que provoque una violación involuntaria de la privacidad. Se espera que los beneficios de la telesalud superen cualquier aumento del riesgo. Entiendo que puedo renunciar a este método de tratamiento sin que ello afecte a mi acceso a futuros servicios; también entiendo que tengo la opción de solicitar servicios de telesalud o servicios tradicionales en persona. Sin embargo, los servicios de telesalud pueden ser el método de tratamiento disponible en circunstancias imprevistas o extremas (por ejemplo, una emergencia pública) o pueden ser los tipos de servicios disponibles más rápidamente. Entiendo que se me pedirá que confirme mi consentimiento en cada visita de telesalud, que incluye mi acuerdo de que dispongo de la tecnología necesaria para participar en una visita de telesalud.

## CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN

Al firmar a continuación, doy permiso a PSS/MHC para enviar recordatorios de citas y notificaciones de emergencia a través de texto o llamada telefónica. Reconozco que esto forma parte de ofrecer el tratamiento y también de la actividad comercial. Doy mi consentimiento para que se tome mi fotografía para su uso en la historia clínica electrónica, con el fin de confirmar mi identidad. Entiendo que PSS/MHC puede usar mi información de identificación básica de manera segura para acceder al depósito de datos de atención médica CareWeb de Indiana Health Information Exchange (IHIE), que puede incluir información que puede ser beneficiosa para la prestación de tratamiento en PSS/MHC.

## PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Reconozco que la prestación de servicios es voluntaria y que debo adherirme a los Derechos y Responsabilidades del Cliente/Paciente. Se pretende que los servicios sean privados y se centren en el tratamiento. Con mi firma reconozco que la grabación de servicios sin el permiso de PSS/MHC es contraproducente para el tratamiento y por lo tanto no está permitida por PSS/MHC a menos que el proveedor dé su permiso por escrito. Entiendo que el incumplimiento puede resultar en la terminación del tratamiento con PSS/MHC.

## CONDICIONES DE PAGO Y CESIÓN DE BENEFICIOS

- **Medicare:** certifico que los datos que he facilitado al solicitar el pago del Título XVIII de la Ley de la Seguridad Social son correctos. Autorizo a cualquier persona de PSS, MHC o el Centro de Atención a Pacientes Hospitalizados que tenga información médica o de otro tipo sobre mí para divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para esta reclamación u otras relacionadas con Medicare. Entiendo que soy responsable de los deducibles de la Parte A y B de Medicare, del coseguro de Medicare y de cualquier cargo personal en el que se incurra. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de Medicare en mi nombre por cualquier servicio que se me preste en

PSS/MHC, incluidos los servicios médicos. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar beneficios o beneficios por servicios relacionados. Permito que se utilice una copia o fotocopia de esta autorización en lugar del original.

- **Medicaid:** estoy de acuerdo en pagar las cantidades de copago de Medicaid que no pague Medicaid.
- **Seguro comercial:** estoy de acuerdo en pagar el saldo no cubierto por mi seguro y entiendo que esa cantidad se basa en mi tipo de plan y las limitaciones de los beneficios. Mi coseguro, copago o deducible se deben pagar en el momento del servicio según lo estimado por el Departamento de Servicios Financieros del Cliente. *Las compañías de seguros no garantizan el pago.*
- Si mi seguro procesa mis reclamaciones e indica que debo más de lo estimado, recibiré un extracto mensual que se pagará al recibirlo. Entiendo que otros arreglos de pago deben ser aprobados por escrito, por adelantado, por PSS/MHC.
- En caso de que esta cuenta se entregue para su cobro, acepto pagar cualquier saldo que quede pendiente y acepto pagar todos los gastos, intereses, costos judiciales y los honorarios razonables de los abogados, todo ello sin perjuicio de las leyes de valoración y tasación.
- **Pago por cuenta propia:** si no tengo seguro, puedo calificar para un descuento según los ingresos de mi hogar y la cantidad de dependientes. Los descuentos se conceden según la información que suministré en el formulario "Resumen de ingresos". Las tarifas se reducirán en función de la escala de tarifas actual y se revisarán al menos una vez al año (cada 6 meses para los clientes de PSS y cada año para los pacientes de MHC). El pago reducido se exige en el momento del servicio.
- Las remisiones a proveedores fuera de PSS/MHC pueden estar fuera de la red con su compañía de seguro médico. Los proveedores fuera de la red no tienen que seguir los acuerdos de cobro y pago que se han negociado con su compañía de seguros médicos. Por lo tanto, puede incurrir en facturas por servicios que excedan los montos de pago que negoció su compañía de seguro médico. Es recomendable que se comunique con su compañía de seguros para obtener información y asistencia, incluida una lista de proveedores de la red para este servicio de atención médica.
- **Autorizo o cedo a PSS/MHC el pago de beneficios médicos gubernamentales o de terceros por los servicios prestados.**

Porter-Starke Services, **únicamente Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC) :**  
 EDO  Otro compromiso \_\_\_\_\_  Voluntario

#### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a PSS/MHC a divulgar cualquier información médica o de otro tipo a Medicare, Medicaid, o a cualquier tercero pagador según sea necesario para procesar las reclamaciones de pago por los servicios prestados. Entiendo que la información cubierta bajo el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Parte 2, requiere una autorización adicional para divulgar información.

X \_\_\_\_\_  
Firma del cliente/tutor legal      Nombre en letra de imprenta de la persona que firma      Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente      Número de historia clínica

#### INFORMACIÓN ENTREGADA AL CLIENTE

Escriba las iniciales en 1 y 2.

1. \_\_\_\_\_ Recibí una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente/Paciente. (Adjunto)
2. \_\_\_\_\_ Recibí una copia del documento Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). (Adjunto)
3. \_\_\_\_\_ **Únicamente ICC:** recibí una copia del Manual del cliente.
4. \_\_\_\_\_ **Únicamente ICC:** recibí un aviso de que un médico no está presente en el Centro de Atención Hospitalaria las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Solo para uso del personal debajo de esta línea

Solo para uso del personal debajo de esta línea

Solo para uso del personal debajo de esta línea

PORTER-STARKE SERVICES, INC/MARRAM HEALTH CENTER

NOMBRE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

Directions: Scan into Streamline under "Scanned Consent to Treat"

Form Name: **General Consent for Treatment & Financial Agreement**

Form Rev. Date 06-13-11, 04-04-14, 12-11-17, 4-26-18, 11-5-18, 6/11/2020, 6/22/2023

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(TÍTULO 45 DEL CÓDIGO DE REGULACIONES FEDERALES (CODE OF FEDERAL REGULATIONS, CFR) SECCIÓN 164.520 (A)  
FECHA DE VIGENCIA: 13 ABR 2003 ACTUALIZADO 4 JUN 2013)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (PERSONAL HEALTH INFORMATION, PHI) Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Porter-Starke Services, Inc. (PSS) al 219-531-3500.

## QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO

Este aviso describe nuestras prácticas y las de:

Cualquier profesional de la salud autorizado para registrar información en su expediente, todos los departamentos y programas de PSS, un miembro de un grupo de voluntarios al que permitimos ayudarle en PSS, todos los empleados, el personal y demás personal de PSS y todos los socios comerciales. Todas estas entidades, todos los sitios y ubicaciones de PSS siguen los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir información médica protegida (PHI) entre sí para fines de tratamiento, pago u operaciones de PSS descritos en este aviso.

Socios comerciales: Un Socio Comercial (Business Associate, BA) es una persona, empresa o proveedor que realiza funciones o actividades en nombre de PSS.

## NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA PHI

Entendemos que la información médica, de salud mental o dependencia química sobre usted y su misma salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su PHI. Creamos un expediente de la atención y los servicios que recibe en PSS para brindarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los expedientes de su atención que genera PSS. Entendemos que la PHI sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger los expedientes de su atención que genera PSS. Otros centros de rehabilitación de atención médica pueden tener políticas o avisos diferentes con respecto al uso y la divulgación de su PHI.

Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su PHI. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de la PHI.

La ley nos exige que nos aseguremos de que la PHI que lo identifica se mantenga privada, que le proporcionemos este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI sobre usted y que cumplamos los términos del aviso que está actualmente en vigencia.

## CÓMO NOS ESTÁ PERMITIDO O NOS EXIGE LA LEY DIVULGAR SU PHI SIN SU CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN POR ESCRITO.

**Según lo requiera la ley.** Divulgaremos su PHI cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Usaremos y divulgaremos su PHI cuando tengamos el “deber de informar” según la ley estatal o federal, si creemos que es necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación se hará únicamente a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

**Riesgos para la salud pública.** Divulgaremos su PHI para los informes de salud pública requeridos por la ley federal o estatal y para informar cualquier abuso y/o abandono infantil.

**Actividades de supervisión de la salud.** Divulgaremos PHI según lo requiera la ley a una agencia de supervisión de la salud para las actividades que autoriza la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Litigios y disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, divulgaremos su PHI cuando un tribunal lo ordene debidamente.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI si así lo solicita un funcionario policial si lo permite la ley, en respuesta a una orden judicial debidamente ejecutada, si así lo exige la ley estatal o federal, o si se trata de una conducta delictiva en una instalación de PSS.

**Servicios de protección para el presidente y otras personas.** Podemos divulgar información médica y de salud mental sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o realizar investigaciones especiales.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU PHI SEGÚN SE DISCUTA EN EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE PSS.

Para brindarle un tratamiento de calidad, podemos usar y divulgar su PHI. Para cada categoría de usos o divulgaciones daremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías.

**Para el tratamiento.** Los diferentes departamentos de PSS pueden compartir su PHI para coordinar los diferentes servicios que necesita. Su equipo de tratamiento puede discutir su PHI para brindarle el tratamiento o los servicios médicos más completos.

**Para el pago.** Es posible que necesitemos brindarle información a su plan de salud sobre el tratamiento que recibió en PSS para que su plan de salud nos pague o le reembolse el tratamiento. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que recibirá para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Para las operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para operaciones de PSS o a otro proveedor de atención médica o plan de salud, si tiene una relación con ese proveedor de atención médica o plan de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para que PSS se asegure de que todos nuestros clientes reciban una atención de calidad. Podemos eliminar la información que lo identifica de este conjunto de PHI para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los clientes específicos. Por ejemplo, podemos usar su PHI para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos combinar la PHI de muchos clientes para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer PSS, que servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos, trabajadores sociales, terapeutas, enfermeras, psicólogos, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal con fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la PHI que tenemos con la PHI de otros proveedores de atención médica para comparar nuestro desempeño y ver dónde podemos hacer mejoras en la atención y los servicios que ofrecemos.

**Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento.

**Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar su PHI para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

**Investigación.** En determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su PHI con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los clientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro, por la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la PHI, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los clientes de mantener la privacidad de su PHI. Antes de que usemos o divulguemos la PHI para investigación, el proyecto debe ser aprobado a través de este proceso de aprobación de investigación. Sin embargo, podemos divulgar su PHI a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar clientes con necesidades médicas específicas, siempre que la PHI que revisen no salga de PSS. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o si participará en su atención.

**Mercadeo/recaudación de fondos.** PSS obtendrá la autorización de las personas antes de utilizar la PHI para mercadeo/recaudación de fondos. Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos para PSS y tiene derecho a optar por no recibir mensajes sobre recaudación de fondos. Si la comercialización implica que la entidad afectada recibirá remuneraciones económicas por parte de un tercero, en la autorización conexa se deberá indicar que existirá dicha remuneración.

#### **SITUACIONES ESPECIALES:**

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar la PHI sobre los clientes de PSS a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

**Actividades de inteligencia y seguridad nacional.** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para fines de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica o de salud mental sobre usted a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI.**

Tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted:

##### **Derecho a inspeccionar y obtener una copia.**

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de la PHI que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención.

Para inspeccionar y recibir una copia de la PHI que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de PSS. Si solicita una copia de la información, le cobraremos una tarifa por los costos de la copia, el envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Puede solicitarla en alguno de los tipos de medio: papel, CD, DVD o unidad flash.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar o recibir una copia. Si se rechaza su solicitud, puede pedir que se revise la denegación. Otro profesional de la salud autorizado que elija PSS revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Nosotros acataremos el resultado de la revisión.

**Derecho a enmendar.** Si cree que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que corrijamos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que PSS conserve la información.

**Para solicitar una enmienda,** su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad de PSS. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud.

**Podemos denegar su solicitud de enmienda** si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que no creamos nosotros. También podemos denegar su solicitud si la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para realizar la enmienda, o no es parte de la PHI que conserva PSS o que se conserva para ella, o si la información es precisa y completa.

**Derecho a un informe de divulgaciones no rutinarias.** Tiene derecho a solicitar un “Informe de divulgaciones no rutinarias”.

Para solicitar esta lista o el Informe de divulgaciones no rutinarias, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de PSS. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 26 de febrero de 2003, y debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel, de forma electrónica). La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, le cobraremos los costos de proporcionarle la lista. Le notificaremos el costo implicado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la PHI que usamos o divulgamos sobre usted para su tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de PSS. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de PSS. Acogeremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de él. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, [www.porterstarke.org](http://www.porterstarke.org). Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad de PSS al 219-531-3500.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO.**

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la PHI que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en cada una de nuestras instalaciones. El aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre o lo admitan en PSS para recibir tratamiento o servicios de atención médica como paciente hospitalario o ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso vigente.

#### **RECLAMACIONES**

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación ante PSS o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una reclamación ante PSS, comuníquese con el Oficial de Privacidad de PSS en 601 Wall St., Valparaiso, In. 46383. Todas las reclamaciones se deben presentar por escrito.

**No se le penalizará por presentar una reclamación.**

**OTROS USOS DE LA PHI.** Otros usos y divulgaciones de la PHI no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su PHI, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su PHI por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya realizamos con su permiso y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.\

#### **Modificaciones**

- 1) La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia (cuando corresponda), los usos y divulgaciones de la PHI con fines de mercadeo y las divulgaciones que constituyen una venta de la PHI requieren autorización.
- 2) Cualquier otro uso y divulgación que no se describa en el Aviso de Prácticas de Privacidad solo se realizará con autorización previa.
- 3) Una persona puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos si la organización tiene la intención de realizar dichas comunicaciones.
- 4) Una persona puede restringir cierta divulgación de la PHI si paga de su bolsillo.
- 5) Las personas afectadas tienen derecho a ser notificadas de alguna infracción.
- 6) Se prohíbe la divulgación de la PHI que sea información genética para fines de aseguramiento.

# Resumen de ingresos

Llene este formulario para ser revisado para recibir posibles descuentos. El personal puede ayudarle si tiene alguna pregunta.

Marque todas las que correspondan:

- Recibo cupones de alimentos.  
 Recibo Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

Nombre de cada miembro del hogar Nombre a cada persona de su hogar.	Fuente de ingresos de cada miembro del hogar Para cada persona, marque todas las que correspondan.	Ingreso anual TOTAL de cada miembro del hogar
(Nombre del cliente) 1)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Otro:	\$
2)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Otro:	\$
3)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Otro:	\$
4)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Otro:	\$
5)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Otro:	\$
6)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Otro:	\$
7)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Otro:	\$

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico que las declaraciones anteriores son, a mi leal saber y entender, verdaderas y completas.

Acepto notificar a Porter-Starke Services, Inc. inmediatamente si hay un cambio en mis ingresos o en el estado de mi seguro.

También entiendo que, si en algún momento se determina que alguna de las declaraciones anteriores es falsa, seré responsable del pago de todos los servicios pasados y futuros a la tarifa completa, más cualquier cargo por cobros, costos de abogados y judiciales.

- Recibí y revisé una copia del documento **Derechos y responsabilidades del cliente.**
- Me niego a proporcionar información sobre mis ingresos.** Entiendo que mi negativa a proporcionar información sobre mis ingresos me descalifica para recibir posibles descuentos por servicios.

**\* Se requiere su firma en este formulario, ya sea que esté de acuerdo o se niegue a proporcionar información sobre sus ingresos. \***

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma/cargo del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

► Personal: Afirmo que revisé con el cliente para verificar y calcular el ingreso anual, el número de miembros del hogar y la elegibilidad para el Pago de Asistencia para la Vivienda (Housing Assistance Payment, HAP).

INSTRUCCIONES DEL PERSONAL PARA LA ENTRADA DE DATOS SOBRE LOS INGRESOS		
<p><b>Número TOTAL de miembros del hogar</b> (incluido el cliente):</p> <p>_____</p> <p>► En Streamline, ingrese el número en # Dependents (N.º de Dependientes).</p>	<p>► <b>No se deben registrar dependientes ni ingresos hasta que se llene este formulario.</b></p> <p>1. <b>Elegible para el HAP:</b> residente de IN, elegible por ingresos, Medicaid, Programa de Incentivos Saludables (Healthy Incentives Program, HIP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families Program, TANF) o cupones de alimentos. Si ningún estado encuentra un seguimiento, agregue un seguimiento a la cuenta del cliente.</p> <p>2. <b>No elegible para el HAP:</b> en la fecha de finalización ningún estado existente encuentra seguimientos.</p> <p>3. <b>Si se rechaza el suministro de información sobre los ingresos con Medicaid, la TANF o los cupones de alimentos, incluido el HIP:</b> ingrese 1 en la cantidad de dependientes y \$25,760 para los ingresos sin importar el tamaño de la familia.</p> <p>4. <b>Si se rechaza el suministro de información sobre los ingresos y no se tiene Medicaid (incluido el HIP), la TANF o los cupones de alimentos:</b> ingrese 1 en la cantidad de dependientes y cinco nuevos en el campo de ingresos.</p>	<p><b>Ingreso anual TOTAL para todo el hogar:</b></p> <p>\$ _____</p> <p>► En Streamline, ingrese el monto en <b>Income (Ingresos).</b></p>

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Cuenta del cliente: \_\_\_\_\_

## Autorización para comunicación electrónica

*Este formulario no aplica a las comunicaciones telefónicas verbales ni a los recordatorios de citas enviados a través de una llamada telefónica verbal o mensaje de texto.*

Nombre del cliente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del cliente: \_\_\_\_\_

### Por favor marque una casilla:

**Solicito y doy permiso** para que Porter-Starke Services o Marram Health Center se comuniquen conmigo electrónicamente a través de mensaje de texto, correo electrónico u otros medios electrónicos según sea necesario para proporcionar mi tratamiento y otras necesidades comerciales relacionadas con los servicios que recibo. Entiendo que estos métodos de comunicación (**mensajes de texto, correo electrónico**) **no son del todo seguros**. Entiendo que al proporcionar mis datos y solicitar la comunicación electrónica, asumo el riesgo de una posible divulgación no autorizada. Entiendo que si comparto mi cuenta de teléfono o correo electrónico con otra persona fuera de Porter-Starke/Marram, esa persona podría ver mi información médica privada. Si mi número de teléfono o mi dirección de correo electrónico cambian, soy responsable de actualizar esa información y de enviar un formulario de autorización de comunicación electrónica actualizado. Si mi información se divulga sin mi autorización, o si mi(s) dispositivo(s) se pierde(n) o es/son robado(s), no responsabilizaré a Porter-Starke Services o a Marram Health Center por cualquier divulgación que pueda ocurrir.

**Número para mensajes ( \_\_\_\_\_ ) de texto/llamadas**  **Número de fax: ( \_\_\_\_\_ )**

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, doy fe de que el número para mensajes de texto/llamadas, el número de fax o la dirección de correo electrónico facilitados anteriormente me pertenecen exclusivamente a mí o he dado permiso para compartirlos con otra persona. Entiendo que tengo a mi disposición métodos de comunicación seguros, pero declino utilizar el método de comunicación seguro y opto por utilizar la comunicación electrónica no segura.**

Entiendo plenamente que mi expediente médico contiene información confidencial sobre mi salud física y mental, abuso de sustancias o VIH/SIDA, recopilada en el curso de mi tratamiento. Los expedientes médicos o la información autorizada para ser divulgada a continuación son privilegiados y confidenciales y pueden ser divulgados solo con mi autorización, como lo requiere la ley. Entiendo que los expedientes que no están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Reglamentos Federales [Code of Federal Regulations, CFR] Parte 2) pueden estar sujetos a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no estén protegidos por la ley federal o estatal. Entiendo que no se me puede exigir que firme esta autorización como condición para que se me proporcione el tratamiento o para recibir el pago del mismo.

Fecha, evento o condición de vencimiento de esta autorización: \_\_\_\_\_ . Si no se especifica ninguna fecha, evento o condición a continuación, esta autorización vence 60 días después de que se terminen los servicios o cuando se satisfagan todas las responsabilidades financieras. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas de buena fe basadas en esta autorización) presentando una solicitud de revocación oral o escrita al Departamento de Información de Salud.

**Rechazo** que Porter-Starke Services o Marram Health Center se comunique(n) conmigo electrónicamente a través de texto, correo electrónico u otros medios electrónicos según sea necesario para proporcionar mi tratamiento y otras necesidades comerciales relacionadas con los servicios que recibo.

Firma del cliente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_