**Información para el paciente de Juniper Health Inc.**

**Gracias por elegir nuestra oficina. Con el fin de brindarle un servicio adecuado, le solicitamos que proporcione la siguiente información: Identificación con foto y TODAS las tarjetas de seguro y**

Nombre del paciente: _____SSN:_____Nacimiento: _____ Birth Sex: ☐Male ☐Female

Dirección postal: _____Ciudad _____Estado _____Cremallera_____

Teléfono de la casa: _____Teléfono celular: _____Otro teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del tutor legal: _____SSN del tutor legal: _____

**Contacto de emergencia (Indique al amigo o pariente más cercano <u>que NO</u> vive con usted)**

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia:_____Número de teléfono: _____

**Empleo**

Empleador: _____ Trabajo Teléfono: _____

Dirección comercial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:

**Parte responsable (si es diferente del paciente)**

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____Relación con el paciente: _____

Dirección: _____SSN: _____Fecha de nacimiento: _____

**Ingresos** (para determinar la elegibilidad para nuestro programa de DESCUENTOS, incluso si tiene seguro)
**Tamaño del hogar: _____ Monto de Ingreso Anual del Hogar: _____**

**Marque todo lo que corresponda. Nuestra agencia de financiamiento federal nos EXIGE que hagamos estas preguntas.**

**Estado civil:** ☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado ☐Viudo ☐Separado

**¿Eres estudiante?** ☐Jornada completa ☐Tiempo parcial ☐No es un estudiante

**Raza:** ☐Blanco ☐Negro/Afroamericano ☐Indio Asiático ☐Otros asiáticos ☐Chino
☐Filipino ☐Japonés ☐Coreano ☐Vietnamita ☐Samoano ☐Nativo de Hawái
☐Otros isleños del Pacífico ☐Guamaní o chamorro ☐Indio Americano/Nativo de Alaska
☐Más de una carrera ☐Negarse a especificar ☐Otra Raza

**Origen étnico:** ☐No hispano ☐Otros hispanos ☐Chicano/a ☐Puertorriqueño ☐Cubano
☐Mexicano ☐México-Americano ☐Negarse a especificar ☐Desconocido

**Idioma:** ☐Inglés ☐Español ☐Francés ☐Criollo ☐Otro:_____

**¿Eres un veterano?** ☐Sí ☐No

**¿Es usted un trabajador migrante o de temporada?** ☐No migrante ni estacional ☐Migrante ☐Estacional

**¿Eres una persona sin hogar?** ☐Personas sin hogar ☐Refugio ☐Transicional ☐Duplicación ☐Calle

**¿Es usted residente de una vivienda pública?** ☐Sí ☐No

_____ _____
Firma del paciente/tutor legal Fecha

JHI

# INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES

Juniper Health, Inc.

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo/autorizamos voluntariamente la prestación de dicha atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento de atención médica, por parte de agentes autorizados y empleados de Juniper Health, Inc. (en lo sucesivo, la Clínica), el personal de atención médica o sus designados, según su juicio profesional se considere necesario o beneficioso, y puede incluir pruebas de VIH (el virus que causa el SIDA) y otras enfermedades transmitidas por la sangre. Reconozco que no se han ofrecido garantías en cuanto al efecto de dicho examen de tratamiento en mi condición o en la condición de la persona para la cual se han hecho garantías en cuanto al efecto de dicho examen o tratamiento en mi condición o en la condición de la persona para la que estoy debidamente autorizado a firmar. Entiendo que tengo el derecho de tomar decisiones con respecto a mi atención médica o la atención médica de la persona para la cual estoy debidamente autorizado a tomar tales decisiones, incluido el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos y de salud. Reconozco que JHI puede utilizar los servicios de escribas u otra tecnología asistida por IA (inteligencia artificial) para mejorar la experiencia del paciente.

## DIRECTIVAS ANTICIPADAS

☐ He formulado Directivas Anticipadas (testamento vital, declaración de sustituto de atención médica, poder notarial duradero, orden de DNR) y solicito que estas directivas rijan mi curso de atención, en la medida en que sea posible según la ley estatal o federal. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a la Clínica una copia de mis Instrucciones Anticipadas y que esas directivas no regirán mi curso de atención hasta que se hayan archivado en mi registro de salud.

☐ Directivas anticipadas adjuntas ☐ Directivas anticipadas no adjuntas

☐ No he formulado Directivas Anticipadas (testamento vital, declaración de sustituto de atención médica, poder notarial duradero, orden de DNR), pero entiendo que es mi derecho tomar decisiones con respecto a mi curso de tratamiento, incluida la ejecución de Directivas Anticipadas.

## CESIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, cedo a Juniper Health, Inc. cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me brindan. Entiendo que Juniper Health, Inc. tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Juniper Health, Inc., acepto enviar a Juniper Health, Inc., todos los pagos de seguro médico y otros pagos de terceros que reciba por los servicios que me presten inmediatamente después de recibirlos.

## RENUNCIA A LA COBERTURA DE SEGURO

Entiendo que si mi elegibilidad para la cobertura no se puede confirmar en el momento del servicio, pero aún deseo recibir tratamiento de Juniper Health, será responsable del pago de todos los servicios prestados si posteriormente se determina que no soy elegible para la cobertura.

## CENTRADO EN EL PACIENTE MÉDICO MODELO DE HOGAR – SELECCIÓN DE PERSONAL CLÍNICO

Como paciente nuevo, el primer paso para administrar su propia atención es elegir un equipo de proveedores de atención que desee que le brinden su atención. Cada equipo de atención está dirigido por
Su propio médico personal. Seleccione a su médico personal de la siguiente lista:

**Médicos de Juniper Health Breathitt County:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Derrick Hamilton, DO | ☐ Allison Manning, APRN | ☐ Kimerli Plumb-Moore, MD | ☐ E. Allan Mendoza, MD |
| ☐ Brittany Fugate, DO | ☐ Tami Osborne, APRN | ☐ Jennifer Dickey, APRN | ☐ Scotty Combs, APRN |
| ☐ Heather Banks, APRN | ☐ Courtney Addison, APRN | ☐ Allie Clevenger, PA | ☐ Ashley Turner, APRN |
| ☐ Travis Johnson, MD | | | |

**Médicos de Juniper Health en el condado de Lee:**

☐ Jessica Botner-Wilson, PA ☐ Brittany Fugate, DO ☐ Kelsea Combs, PA-C ☐ Tami Osborne, APRN

**Médicos de Juniper Health en el condado de Wolfe:**

☐ Alissa Bell, APRN ☐ Teresa Gevedon, APRN ☐ Brittany Fugate, DO ☐ Tami Osborne, APRN

**Médicos de Juniper Health en el condado de Morgan:**

☐ Sandra McClure, APRN ☐ George Chapman, DO ☐ Tami Osborne, APRN ☐ Travis Johnson, MD
☐ Allie Clevenger, PA

**Médicos de Juniper Health en el condado de Elliott:**

☐ Laken Nickell, APRN ☐ George Chapman, DO ☐ Tami Osborne, APRN

**Médicos de Juniper Health en el condado de Menifee:**

☐ Crystal Meyer, APRN

## CONFIRMACIÓN DE LA FIRMA DEL PACIENTE

Por la presente, confirmo que he leído las siguientes Políticas de Juniper Health y reconozco que estas Políticas se publican en el vestíbulo de la clínica, pueden estar disponibles a pedido y se puede acceder a ellas a través del sitio web de Juniper Health (www.juniperhealth.org) o escanear el código

- Derechos y responsabilidades del paciente
- Directivas Anticipadas
- Póliza de Exención de Seguro
- Aviso de Prácticas de Privacidad
- Póliza de Asignación de Beneficios
- Procedimiento de Quejas del Paciente

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Si el paciente no puede firmar, obtenga el consentimiento de su pariente más cercano o agente legal e indique el motivo marcando la casilla correspondiente: ☐ Menor ☐ Desorientado ☐ Médicamente inestable ☐ Incompetente

# AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

**Los pacientes mayores de 18 años deben completar esta sección:**

Yo _____dar permiso a Juniper Health para divulgar información de salud y/o información de tratamiento a las siguientes personas:

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Firma del paciente: _____Fecha: _____

**Para pacientes MENORES de 18 años, complete esta sección:**

Yo, _____, padre/tutor legal de _____Autorizar a Juniper Health, Inc., para proporcionar servicios a dicho niño. Doy permiso para que los siguientes adultos, que actúan como mi agente, traigan a mi hijo para recibir tratamiento. Autorizo a Juniper Health, Inc., a divulgar la información de salud de mi hijo con respecto al tratamiento que recibió mi hijo en esa fecha a la persona que trae a mi hijo para recibir tratamiento.
Entiendo que se le puede pedir a esta persona que presente una identificación con foto cuando traiga a mi hijo para el tratamiento.
Esta autorización expira un año natural a partir de la fecha de la ejecución.

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**Para pacientes MENORES de 18 años de edad por favor firme esta sección:**

Fichado _____ , Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha: _____

**Consentimiento informado para los servicios de telesalud**

**Introducción**

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica y los pacientes en diferentes lugares compartan información de salud individual del paciente con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir médicos, de salud conductual, dentistas, farmacéuticos u otros. La información puede utilizarse para el diagnóstico, la terapia, el seguimiento y/o la educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes, entre otros:

- Historias clínicas de los pacientes
- Imágenes de salud
- Audio y video bidireccional en vivo
- Salida de datos de dispositivos de salud y archivos de sonido y audio

Los sistemas electrónicos utilizados contarán con protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación del paciente y de obtención de imágenes. Incluirá medidas para proteger los datos y garantizar su integridad contra la corrupción involuntaria.

**Beneficios esperados**

- Mejor acceso a la atención médica cuando el paciente y el proveedor no están en el mismo lugar.
- Evaluación y gestión sanitarias más eficientes

**Posibles riesgos**

Al igual que con cualquier procedimiento de salud, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (p. ej., mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones de salud adecuadas por parte del médico y los consultores;
- Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento de la salud debido a deficiencias o fallos del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información de salud personal;
- En casos raros, la falta de acceso a registros de salud completos puede resultar en interacciones adversas con medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Entiendo el riesgo y el beneficio de la telesalud y su tecnología asociada. Entiendo que puedo incurrir en cargos por mensajería y se pueden aplicar tarifas de datos como resultado del uso de los servicios de telesalud.

Reconozco que la telesalud no está diseñada para funcionar para emergencias de salud, y si tengo una emergencia de salud, llame al 911 o busque atención médica inmediata.

Doy mi consentimiento para el uso de mensajes de texto y otras formas de comunicación para ayudar a facilitar mi atención médica.

Entiendo que tengo derecho a rechazar y/o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento. Esto no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

□ Doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina
□ Rechazo el uso de la telemedicina
□ Retiro mi consentimiento para la telemedicina

_____ _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento del paciente

_____ _____

Firma del paciente/tutor legal Fecha

**Juniper Health, Inc. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013 y permanece en vigor hasta que lo reemplacemos.

## 1. NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

La privacidad de su información de salud es importante para nosotros y estamos comprometidos a protegerla. Como parte de este compromiso, cumplimos con las leyes federales y estatales que nos exigen mantener la privacidad de su información de salud y le proporcionamos este aviso. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y compartir su información de salud. También describimos sus derechos y ciertos deberes que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la información de salud.

## 2. NUESTRO DEBER LEGAL

***La ley nos obliga a:*** 1. Mantenga su información de salud privada y segura. Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información. 2. Entregarle este aviso en el que se describen nuestras obligaciones legales, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. 3. Siga los términos del aviso actual. 4. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento informándonos por escrito.

***Tenemos derecho a:*** 1. Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios estén permitidos por la ley. 2. Hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso entren en vigencia para toda la información de salud que conservamos, incluida la información previamente creada o recibida antes de los cambios.

***Aviso de cambio en las prácticas de privacidad:*** Antes de realizar un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso, lo publicaremos en un lugar visible de nuestras instalaciones y pondremos a disposición el nuevo aviso si lo solicitamos.

## 3. USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

La siguiente sección describe las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información de salud. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, hemos enumerado todas las diferentes formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud. No usaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún propósito que no se mencione a continuación, sin su autorización específica por escrito, incluido el intercambio de la mayoría de las notas de psicoterapia. Cualquier autorización específica por escrito que proporcione puede ser revocada en cualquier momento escribiéndonos a la dirección proporcionada al final de este aviso.

**PARA TRATAMIENTO:** Podemos usar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios de salud. Podemos divulgar su información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud u otras personas que lo cuiden. También podemos compartir información de salud sobre usted con sus otros proveedores de atención médica para ayudarlos a tratarlo.

**PARA PAGO:** Podemos usar y divulgar su información de salud para fines de pago. Es posible que se le envíe una factura a usted o a un tercero pagador. La información que aparece en la factura o que la acompaña puede incluir su información de salud.

**PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica. Esto puede incluir la medición y mejora de la calidad, la evaluación del rendimiento de los empleados, la realización de programas de formación y la obtención de la acreditación, los certificados, las licencias y las credenciales que necesitamos para servirle.

**REGISTRO DE SALUD COMPARTIDO:** Podemos participar en acuerdos con otras organizaciones de atención médica o entidades gubernamentales, que han acordado trabajar entre sí para facilitar el acceso a la información de salud que puede ser relevante para su atención. Por ejemplo, si usted es admitido en un hospital de emergencia y no puede proporcionar información importante sobre su estado de salud, este acuerdo nos permitirá hacer que su información de salud esté disponible para aquellos que la necesiten para tratarlo. Almacenamos información de salud en un registro de salud electrónico que puede compartirse con otros proveedores de atención médica que participan en acuerdos con Juniper. Puede comunicarse al 606-464-0151 para obtener una lista de proveedores que participan en el acuerdo de registro de salud electrónico.

**USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES:** Además de usar y divulgar su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes propósitos:

***Divulgaciones a socios comerciales:*** Para que podamos llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, podemos divulgar su información de salud a personas u organizaciones que realicen un servicio para nosotros o en nuestro nombre que requiera el uso o la divulgación de información de salud de identificación individual. Dichas personas u organizaciones son nuestros socios comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud a una agencia que acredita a organizaciones de atención médica o a proveedores que prestan servicios a nuestro sistema de registros de salud electrónicos.

***Familiares, amigos cercanos y otros cuidadores:*** Podemos usar y divulgar información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención. Compartiremos información sobre su ubicación, estado general o muerte. Si está presente, obtendremos su permiso si es posible antes de compartir o darle la oportunidad de rechazar el permiso. En caso de emergencia, y si usted no puede dar o negar el permiso, compartiremos solo la información de salud que sea directamente necesaria para su atención médica, de acuerdo con nuestro criterio profesional. También utilizaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones en su mejor interés sobre permitir que alguien recoja medicamentos, suministros de salud, radiografías o información de salud por usted.

***Ayuda en caso de desastre:*** Podemos compartir información de salud con una organización pública o privada o con una persona que pueda ayudar legalmente en los esfuerzos de ayuda en caso de desastre.

***Investigación en circunstancias limitadas:*** Podemos utilizar la información de salud con fines de investigación en circunstancias limitadas en las que la investigación ha sido aprobada por una junta de revisión que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información de salud.

***Director de funeraria, médico forense y médico forense:*** Para ayudarlos a llevar a cabo sus funciones, podemos compartir la información de salud de una persona que ha fallecido con un médico forense, un médico forense, un director de funeraria o una organización de obtención de órganos.

***Funciones gubernamentales especializadas:*** Sujeto a ciertos requisitos, podemos divulgar o usar información de salud para personal militar y veteranos, para actividades de seguridad nacional e inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones de idoneidad de salud para el Departamento de Estado, para instituciones correccionales y otras situaciones de custodia de las fuerzas del orden, y para programas gubernamentales que brindan beneficios públicos.

***Órdenes judiciales y procedimientos judiciales y administrativos:*** Podemos divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. Bajo circunstancias limitadas, como una orden judicial, una orden judicial o una citación del gran jurado, podemos compartir su información de salud con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Es posible que compartamos información limitada con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con respecto a la información de salud de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de un delito o persona desaparecida. Podemos compartir la información de salud de un recluso u otras personas bajo custodia legal con un oficial de la ley o una institución correccional bajo ciertas circunstancias.

***Actividades de salud pública:*** Según lo requiera la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluido el abuso o negligencia infantil. También podemos divulgar su información de salud a personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos con el fin de informar eventos adversos asociados con defectos o problemas de productos, para permitir retiros, reparaciones o reemplazos de productos, para rastrear productos o para realizar actividades requeridas por la Administración de Alimentos y Medicamentos. También podemos, cuando la ley nos autorice hacerlo, notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que corra el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

***Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:*** Podemos usar y divulgar información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos compartir su información de salud si es necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otros. Podemos compartir información de salud cuando sea necesario para

ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a capturar a una persona que ha admitido ser parte de un delito o que ha escapado de la custodia legal.

***Compensación al trabajador:*** Podemos divulgar información de salud cuando esté autorizado o sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador u otros programas similares.

***Actividades de supervisión de la salud:*** Podemos divulgar información de salud a una agencia que proporciona supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, incluidas auditorías, investigaciones o procedimientos civiles, administrativos o penales, inspecciones, acciones disciplinarias o de licencias, u otras actividades autorizadas.

***Aplicación de la ley:*** Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar información de salud a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Estas circunstancias incluyen la presentación de informes requeridos por ciertas leyes (como la presentación de informes de ciertos tipos de heridas), de conformidad con ciertas citaciones u órdenes judiciales, la presentación de información limitada sobre la identificación

Y ubicación a solicitud del funcionario encargado de hacer cumplir la ley, informes sobre presuntas víctimas de delitos a solicitud de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, informes de muertes, delitos en nuestras instalaciones y delitos en emergencias.

***Recordatorios de citas:*** Podemos usar y divulgar información de salud con el fin de enviarle postales de citas o recordarle sus citas.

***Servicios de salud alternativos y adicionales:*** Podemos usar y divulgar información de salud para proporcionarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, y para describir o recomendar alternativas de tratamiento.

## 4. SUS DERECHOS INDIVIDUALES

***Usted tiene derecho a:***

1. Mirar u obtener copias de ciertas partes de su información de salud. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no sea práctico para nosotros hacerlo. Debe presentar su solicitud por escrito. Puede obtener el formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se indica al final de este aviso. También puede solicitar acceso enviando una carta a la persona de contacto que figura al final de este aviso. Si solicita copias, le proporcionaremos una (1) copia gratuita y se le proporcionarán copias adicionales con un cargo de un dólar ($1.00) por cada página. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.
2. Recibir una lista de todas las veces que nosotros o nuestros socios comerciales compartimos su información de salud para fines distintos al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y otras excepciones especificadas durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicitó.
3. Solicitar que impongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, y podemos decir "no" si afectaría su atención. Si estamos de acuerdo con las restricciones adicionales solicitadas, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia). Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que alguna ley nos exija compartir esa información.
4. Solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por diferentes medios o en diferentes ubicaciones. Su solicitud de que le comuniquemos su información de salud por diferentes medios o en diferentes lugares debe hacerse por escrito a la persona de contacto que figura al final de este aviso.
5. Solicitar que cambiemos ciertas partes de su información de salud. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información, si desea que se cambie o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información que desea cambiar. Si aceptamos su solicitud de cambiar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, del cambio e incluir los cambios en cualquier intercambio futuro de esa información.
6. Si ha recibido este aviso electrónicamente y desea recibir una copia impresa, tiene derecho a obtener una copia impresa presentando una solicitud por escrito a la persona de contacto que figura al final de este aviso.
7. Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

## 5. PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros. También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (200 Independence Avenue SW, Washington DC 20201; 1 -877-696-6775; www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.) Puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja o presentar solicitudes relacionadas con cualquiera de sus derechos en la Sección 4 de este aviso escribiendo a la siguiente dirección:

Juniper Health, Inc.
Attn:
Cumplimiento
P.O. Box 690
Beattyville, KY 41311

Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja.

## DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Un paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa, independientemente de su raza, credo o color.
2. El paciente tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Si el proveedor de atención médica cree que no es aconsejable proporcionar información al paciente, debe ponerla a disposición de un representante apropiado de la familia. El nombre del proveedor de atención médica debe estar disponible si se solicita.
3. El paciente tiene derecho a recibir la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento, y a recibir información sobre procedimientos alternativos o tratamientos disponibles.
4. Un paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento en la medida en que lo permita la ley si está plenamente informado de las consecuencias para la salud de la negativa.
5. Un paciente tiene derecho a la privacidad con respecto a su programa de atención médica. Aquellos que no estén directamente involucrados en su cuidado deben tener su permiso para estar presentes durante las discusiones de casos, exámenes o tratamientos.
6. Un paciente tiene derecho al tratamiento confidencial de todos los registros relacionados con su atención.
7. Un paciente tiene derecho a una respuesta razonable a su solicitud de servicios. Si el proveedor de atención médica recomienda la derivación a otro médico, se debe proporcionar al paciente información completa y una explicación de la necesidad de derivación y cualquier alternativa posible.
8. Un paciente tiene derecho a conocer la relación entre su médico y los hospitales o cualquier otra institución de atención médica involucrada en su atención.
9. Un paciente tiene derecho a ser informado de cualquier plan para participar en cualquier experimentación que afecte su atención o tratamiento y a negarse a participar en dichos proyectos.
10. Un paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de la atención y a ser informado de los requisitos de atención médica continua después del tratamiento por parte del proveedor de atención médica.
11. Un paciente tiene derecho a examinar su factura y recibir una explicación de todos o cualquier cambio, independientemente del método de pago.
12. Un paciente tiene derecho a ser informado de cualquier regla o regulación de la clínica que se relacione con su conducta como paciente.
13. El paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta como paciente, incluido su derecho a hacer sugerencias o presentar una queja. Todas las sugerencias o quejas deben ser comunicadas al Director Ejecutivo, y el Director Ejecutivo o la persona que éste designe dará audiencia a todas las quejas dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la notificación. Las apelaciones a la determinación del Director Ejecutivo pueden hacerse directamente ante la Junta del Centro.
14. Los pacientes deben asumir una responsabilidad razonable para mejorar su propio estado de salud. Las responsabilidades específicas incluyen maximizar los hábitos saludables, comunicarse abiertamente con el proveedor, darse cuenta de los límites del servicio de la medicina y cumplir con el plan de tratamiento para una enfermedad.

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA / GARANTÍA DE PAGO

1. Como cortesía, esta oficina enviará las facturas a su compañía de seguros principal; Sin embargo, cada paciente tiene la responsabilidad final de su factura. También es responsabilidad del paciente averiguar lo que su seguro pagará o no pagará.
2. Es responsabilidad del paciente perseguir el pago lento o la falta de pago por parte de su compañía de seguros comunicándose directamente con la Compañía de Seguros con respecto al reclamo. Estaremos encantados de ayudarle con cualquier problema de cobro, sin embargo, tenga en cuenta que la factura sigue siendo responsabilidad total del paciente.
3. A ningún paciente se le negará el servicio simplemente por no poder pagar los servicios. Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro de terceros proporcionen la información adecuada para completar un formulario de elegibilidad de escala móvil. Se espera que los pacientes que califiquen para un descuento en la escala móvil paguen una tarifa plana asequible en el momento en que se presten los servicios.
4. Puede haber un cargo de cincuenta dólares ($50.00) por un formulario que es completado por el proveedor que atiende.
5. Somos un proveedor de Medicare que participa activamente.
6. Habrá un cargo por servicio de veinticinco dólares ($25.00) por todos los cheques devueltos.
7. Las facturas de pago por cuenta propia se enviarán por correo a todos los pacientes mensualmente y vencen treinta (30) días a partir de la fecha de la factura. Una factura entra en mora después de ciento veinte (120) días sin pago. En caso de que no cumpla con este acuerdo, acepto pagar cualquier costo de cobranza u honorarios de abogados que resulten de la recopilación de mis cuentas.

## PROCEDIMIENTO DE QUEJAS DEL PACIENTE

Será política de Juniper Health, Inc. recibir, investigar y responder a las quejas de los pacientes y sus familias con respecto a la calidad de la atención/servicios de salud lo antes posible de la siguiente manera.

**Responsabilidad/Acción:**

1. **Paciente o familia**
   a. Registre la queja verbal con el proveedor y el administrador.
   b. Solicitar direcciones por escrito de las personas o agencias apropiadas para registrar la queja.
2. **Proveedor/Miembro del personal**
   a. La queja se resuelve y los hallazgos/resultados se documentan en el Formulario de queja/queja del paciente y se entregan al administrador
   para su revisión.
   b. Proporcionar las direcciones de las personas o agencias apropiadas al paciente o al representante del paciente.
   c. Proporcionar al paciente privacidad para comunicarse, ya sea por escrito o por teléfono, con la persona o agencia apropiada, si es necesario.
3. **Consejero Delegado**
   a. Reseñas Formulario de Queja/Queja del Paciente
   b. El paciente es informado de los resultados.
   c. Archiva todas las copias de las quejas y su disposición final.

## CESIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, cedo a Juniper Health, Inc. cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me brindan. Entiendo que Juniper Health, Inc. tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Juniper Health, Inc., acepto enviar a Juniper Health, Inc., todos los pagos de seguro médico y otros pagos de terceros que reciba por los servicios que me presten inmediatamente después de recibirlos.

## RENUNCIA A LA COBERTURA DE SEGURO

Entiendo que si mi elegibilidad para la cobertura no se puede confirmar en el momento del servicio, pero aún deseo recibir tratamiento de Juniper Health, será responsable del pago de todos los servicios prestados si posteriormente se determina que no soy elegible para la cobertura.

## ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

**Salud de Juniper en el condado de Lee**
Avenida Grande 1025
Beattyville, KY 41311
Teléfono: (606) 464-2401
Fax: (606) 464-3290
**Horario de Oficina:**
Lunes: 8:00 AM – 8:00 PM
Martes – Viernes: 8:00 AM – 5:00 PM

**Salud de Juniper Condado de Breathitt**
1484 Lakeside Drive
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950
Fax: (606) 666-9136
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 8:00 PM
sábado: 8:00 AM – 5:00 PM

**Salud de Juniper en el condado de Wolfe**
202 Calle Plummer
Campton, KY 41301
Teléfono: (606) 668-7385
Fax: (606) 668-7009
**Horario de Oficina:**
Lunes y miércoles: 8:00 AM – 8:00 PM
Martes, jueves y viernes: 8:00 AM – 5:00 PM

**Dental de Juniper Health en el condado de Lee**
60 Calle del Centro
Beattyville, KY 41311
Teléfono: (606) 464-9262
Fax: (606) 208-8122
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 5:00 PM

**Salud de Juniper en el condado de Morgan**
1219 Calle Principal Oeste
Libertad Oeste, KY 41472
Teléfono: (606) 743-4808
Fax: (606) 743-4716
**Horario de Oficina:**
Lunes & Miércoles: 8:00 AM - 5:00 PM
Martes, jueves y viernes: 8:00 AM - 8:00PM

**Juniper Health Dental del Condado de Morgan**
672 Calle Principal
Libertad Oeste, KY 41472
Teléfono: (606) 743-3030
Fax: (606) 743-7480
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00AM – 5:00 PM

**Salud de Juniper en el condado de Elliott**
308 N KY 7
Sandy Hook, KY 41171
Teléfono: (606) 738-9785
Fax: (859) 317-2148
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 5:00 PM

**Salud de Juniper en el condado de Menifee**
2085 US 460 Este
Frenchburg, KY 40322
Teléfono: (606) 768-3725
Fax: (606) 464-0152
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:30 AM – 5:00 PM

***Sitios de servicios basados en la escuela***
*(Sitios de temporada: Solo abren cuando la escuela está en sesión)*

**Escuela Secundaria Juniper Health Breathitt**

2307 Carril Bobcat
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela Primaria del Condado de Breathitt de Juniper Health**
90 Carretera LBJ
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela de la ciudad de Jackson de Juniper Health**

940 Avenida Highland
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela Primaria Juniper Health Rogers**
1745 KY 715 S.
Rogers, KY 41365
Teléfono: (606) 668-7385
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela Primaria Sebastian de Juniper Health**
244 Carretera LBJ
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Juniper Health-Highland Turner Elementary**
10355 Carretera 30 W.
Booneville, KY 41314
Teléfono: (606) 666-9950
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela Secundaria del Condado de Wolfe de Juniper Health**
303 Calle Johnson Norte
Campton, KY 41301
Teléfono: (606) 668-7385
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela Primaria Red River de Juniper Health**

11134 KY-191
Verde avellana, KY 41332
Teléfono: (606) 668-7385
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela Primaria Campton de Juniper Health**

166 KY-2491
Campton, KY 41301
Teléfono: (606) 668-7385
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela Primaria del Condado de Lee de Juniper Health**
1665 Carretera 11 S.
Beattyville, KY 41311
Teléfono: (606) 464-2401
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

**Escuela Secundaria Secundaria del Condado de Lee de Juniper Health**
599 Avenida Lee
Beattyville, KY 41311
Teléfono: (606) 464-2401
**Horario de Oficina:**
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Si desea buscar asesoramiento de atención médica que no sea de emergencia de su médico personal durante el horario de atención, llame al número de teléfono de la clínica y hable con el personal de registro. El personal de registro dirigirá su llamada al miembro del equipo de atención correspondiente y recibirá una respuesta antes de que finalice el día hábil.

Para buscar asesoramiento sobre atención médica que no sea de emergencia después del horario de atención, llame al número de teléfono de la clínica y escuche la grabación de voz. Se indicará el número de teléfono del servicio de guardia fuera del horario laboral. Llame a este número para hablar con el servicio de guardia. Proporcione su nombre, el nombre y la edad del paciente, su número de teléfono y un breve resumen de su pregunta/problema. El servicio de guardia se pondrá en contacto con el proveedor de guardia. El proveedor de guardia, que tiene acceso completo a su expediente médico, lo llamará al número proporcionado al servicio de guardia.

Para buscar atención médica de emergencia o consejo, vaya a la sala de emergencias más cercana. La sala de emergencias más cercana a Juniper Health Breathitt County, Juniper Health Lee County y Juniper Health Wolfe County es Kentucky River Health Center ubicado en 540 Jett Drive, Jackson, KY. La sala de emergencias más cercana a Juniper Health Morgan County y Juniper Health Elliott County es Morgan County ARH ubicada en 476 Liberty Road, West Liberty, KY. La sala de emergencias más cercana a Juniper Health Menifee County es CHI St. Joseph Hospital ubicado en 225 Falcon Drive, Mt. Sterling, KY.

## ACCESO ELECTRÓNICO A LA ATENCIÓN: PORTAL DEL PACIENTE

Juniper Health, Inc. ofrece a los pacientes acceso electrónico a la atención a través de nuestro Portal del paciente. Este servicio gratuito ofrece a los pacientes la oportunidad de:

- Solicita una cita
- Solicitar resurtidos de recetas
- Completar los formularios de preinscripción
- Reciba mensajes seguros para recordarle las próximas citas
- Recibir mensajes seguros para informarle de los resultados de laboratorio disponibles
- Visualice de forma segura su historial médico personal
- Hacer una pregunta sobre facturación
- Pague su factura en línea

Para acceder al Portal del paciente, visite el sitio web de Juniper Health en www.juniperhealth.org y haga clic en el enlace "Crear una cuenta", o solicite más información a uno de nuestros miembros del personal de registro principal.

## ACCESO FINANCIERO A LA ATENCIÓN: PROGRAMA DE DESCUENTO EN LA ESCALA MÓVIL DE TARIFAS

Juniper Health, Inc. es un concesionario del Programa de Centros de Salud bajo 42 U.S.C. 254b. Este estatus nos permite brindar servicios a personas sin seguro y sub pacientes asegurados, independientemente de la capacidad de pago del paciente. La elegibilidad para el programa de descuento se determina utilizando el tamaño del hogar y el total Ingresos anuales del hogar. Los pacientes deben completar una solicitud proporcionada por el personal de registro o facturación y deben proporcionar ingresos
Verificación. Juniper Health, Inc. acepta lo siguiente como comprobante de ingresos:

- Copia de la declaración de impuestos
- Talón de cheque de pago reciente
- Carta del Seguro Social/Discapacidad/Desempleo/Compensación para Trabajadores

Para obtener más información o para solicitar el Programa de Descuento de Escala Móvil de Tarifas, pregunte a nuestro personal de registro o facturación.

## MODELO DE HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE

Juniper Health, Inc. está implementando el modelo de Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH) para nuestra atención a los pacientes. El modelo de Hogar Médico Centrado en el Paciente es un entorno de atención médica que brinda atención primaria integral, coordinada y centrada en el paciente a pacientes de todas las edades. PCMH enfatiza la asociación entre un paciente y su médico personal y, cuando corresponda, los miembros de la familia.

Las señas de identidad del modelo PCMH incluyen una atención integral, coordinada y centrada en el paciente, servicios accesibles, calidad y seguridad:

**Atención Integral**

El hogar médico centrado en el paciente es responsable de satisfacer la gran mayoría de las necesidades de atención de salud física y mental de cada paciente, incluida la prevención y el bienestar, la atención aguda y la atención crónica. Brindar atención integral requiere un equipo de proveedores de atención. Este equipo puede incluir médicos, enfermeras de práctica avanzada, asistentes médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, educadores y coordinadores de atención. Este equipo vincula a Juniper Health, Inc. y a nuestros pacientes con proveedores y servicios en nuestras comunidades.

**Centrado en el paciente**

El hogar médico centrado en el paciente brinda atención médica primaria que se basa en las relaciones con una orientación hacia la persona en su totalidad. Asociarse con los pacientes y sus familias requiere comprender y respetar las necesidades, la cultura, los valores y las preferencias únicas de cada paciente. La práctica médica en el hogar apoya activamente a los pacientes para que aprendan a administrar y organizar su propia atención al nivel que el paciente elija. Al reconocer que los pacientes y las familias son miembros fundamentales del equipo de atención, las prácticas médicas en el hogar se aseguran de que sean socios completamente informados en el establecimiento de planes de atención.

**Atención coordinada**

El hogar médico centrado en el paciente coordina la atención en todos los elementos del sistema de atención médica más amplio, incluida la atención especializada, los hospitales, la atención médica en el hogar y los servicios y apoyos comunitarios. Dicha coordinación es particularmente crítica durante las transiciones entre sitios de atención, como cuando los pacientes son dados de alta del hospital. Los consultorios médicos en el hogar también se destacan en la creación de una comunicación clara y abierta entre los pacientes y las familias, el hogar médico y los miembros del equipo de atención en general. Para promover una comunicación clara y abierta, es imperativo que los pacientes/familias proporcionen un historial de salud completo e información sobre la atención obtenida fuera del hogar de salud.

**Servicios accesibles**
El hogar médico centrado en el paciente ofrece servicios accesibles con tiempos de espera más cortos para necesidades urgentes, horarios presenciales mejorados, acceso telefónico las 24 horas del día a un miembro del equipo de atención y métodos alternativos de comunicación, como atención telefónica y electrónica. La consulta médica domiciliaria responde a las preferencias de los pacientes en cuanto al acceso.

**Calidad y seguridad**
El hogar médico centrado en el paciente demuestra un compromiso con la calidad y la mejora de la calidad mediante la participación continua en actividades como el uso de la medicina basada en la evidencia y las herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas para guiar la toma de decisiones compartida con los pacientes y las familias, la participación en la medición y mejora del rendimiento, la medición y respuesta a las experiencias y la satisfacción del paciente, y la población practicante

gestión de la salud.

Juniper Health, Inc. cree que el modelo de hogar médico centrado en el paciente es la vía más sólida para la atención de nuestros pacientes. A través de este modelo, trabajando en conjunto con su equipo de atención médica, los pacientes pueden lograr su mejor calidad de vida. Para obtener más información sobre este modelo de atención, visite www.ncqa.org.

## DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Es su derecho tomar decisiones sobre la atención médica que recibirá. Aquellos que le brindan servicios de atención médica son responsables de seguir sus deseos. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que no pueda decidir o dar a conocer sus deseos. Muchas personas quieren decidir con anticipación qué tipo de tratamiento quieren para mantenerlos con vida. Las directivas anticipadas le permiten dar a conocer sus deseos de tratamiento con anticipación. Una Directiva Anticipada es un documento escrito antes de una enfermedad incapacitante. Las instrucciones anticipadas indican su elección sobre el tratamiento y pueden nombrar a alguien para que tome las decisiones de tratamiento si usted no puede. Si tiene una directiva anticipada, aumenta su control sobre su tratamiento de atención médica en el futuro. También ayuda a garantizar su derecho a aceptar o rechazar la atención médica. Si tiene una directiva anticipada, puede ayudar a su familia a tomar decisiones en el futuro porque su familia sabrá lo que usted quiere y quién quiere que tome las decisiones por usted si usted no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Hay cuatro tipos básicos de directivas anticipadas:

1. Poder notarial médico: autoriza a alguien a tomar decisiones de atención médica en su nombre si usted se vuelve incompetente. Un poder notarial médico puede ser un documento separado o puede ser parte de un poder notarial duradero. Se pueden incluir otros poderes en el Poder notarial duradero que autoriza a alguien a actuar en su nombre.
2. Testamento vital: expresa sus deseos sobre el uso de soporte vital artificial para mantenerlo con vida si tiene una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente. También puede incluir su deseo de donar órganos y tejidos después de su muerte.
3. Sustituto de atención médica: usted designa a una persona que tomará decisiones de atención médica por usted si usted no puede hacerlo. Esta designación puede estar en un Poder Notarial, un Poder Notarial Médico, un Testamento Vital y/o una Orden de DNR.
4. Orden de No Resucitar (DNR, por sus siglas en inglés): ordena que, en caso de un paro cardíaco o respiratorio, se respeten sus deseos en la Orden de DNR. La DNR significa que si su corazón deja de latir o si usted deja de respirar, el personal de los servicios de atención médica de emergencia no iniciará ningún procedimiento de atención médica para restablecer la respiración o la función cardíaca.

Debemos documentar en su expediente médico si ha ejecutado o no una directiva anticipada. Si tiene una, necesitaremos una copia. Cumpliremos con sus directivas anticipadas. Se le brindará atención independientemente de si ha ejecutado o no una directiva anticipada. Respetaremos sus directivas anticipadas en la medida en que lo permita la ley, y respaldamos su derecho a participar activamente en la toma de decisiones sobre la atención médica.