

Consentimiento informado y registro en el Centro de duelo de Trustbridge

Información demográfica	
Nombre:	Apellido:
Teléfono principal:	Dirección de correo electrónico:
Información sobre la pérdida	
Fecha del fallecimiento:	Relación con la persona fallecida:
Causa del fallecimiento:	¿Su ser querido recibió cuidados paliativos? <input type="checkbox"/> Sí, en Trustbridge (proporcione el nombre): _____ <input type="checkbox"/> Sí, en otro centro de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> No

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LOS SERVICIOS: Por el presente, otorgo voluntariamente mi consentimiento y autorizo al Centro de duelo de Trustbridge a proporcionar servicios de asesoramiento por duelo, incluidos (entre otros) apoyo individual, apoyo grupal, sesiones virtuales o educación, por parte de empleados o agentes autorizados de Trustbridge, Inc. Reconozco que no se me han otorgado garantías con respecto al efecto de dichas evaluaciones o servicios prestados. Comprendo que se me pueden proporcionar recursos y derivaciones si se requiere apoyo adicional.

CONFIDENCIALIDAD: Comprendo que los médicos clínicos del Centro de duelo de Trustbridge mantienen la confidencialidad de la información del cliente de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") y otras reglamentaciones federales, estatales y de otro tipo aplicables. Comprendo que si decido participar en una sesión virtual, es mi responsabilidad estar en una sala o espacio privado y, de lo contrario, es posible que otras personas escuchen mis conversaciones. Entiendo además que si alguien más que yo participa en mi sesión virtual, se lo he informado y ellos han aceptado participar en mi sesión. Acepto que mi información pueda divulgarse o informarse en determinadas circunstancias que exija la ley. He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Trustbridge.

DERECHOS DEL PACIENTE: Los servicios se prestan sin distinción de raza, fe, nacionalidad, condición discapacitante, edad u orientación sexual. El Centro de duelo de Trustbridge cumple plenamente con: El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975. Se me han informado mis derechos y he recibido una copia de los Derechos y responsabilidades de Trustbridge, Inc.

RESPONSABILIDAD POR LOS OBJETOS DE VALOR PERSONALES: Por el presente eximo a Trustbridge, Inc. de cualquier responsabilidad que resulte de la pérdida por robo o negligencia mía o de cualquier empleado. Comprendo que soy totalmente responsable de todos mis artículos personales mientras esté en el Centro de duelo de Trustbridge.

AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS:

- Doy mi consentimiento para que Trustbridge, Inc. tome fotografías de mi persona para que se usen en material impreso y publicado, redes sociales, testimonios, películas, cintas de video, cámaras en vivo y/o grabe mi voz de cualquier manera en relación con lo mencionado anteriormente.
- No otorgo mi consentimiento para fotografías ni grabaciones de video.

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta que el Centro de duelo de Trustbridge se comunique con usted y envíe información relacionada con los programas de duelo de Trustbridge. Puede optar por no recibir dichas comunicaciones en cualquier momento enviando un correo electrónico a bereavementevents@trustbridge.com. El abajo firmante certifica que ha leído los párrafos anteriores y es el cliente, o está debidamente autorizado por el cliente como representante legal del cliente, para firmar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del padre/la madre/el tutor: _____

Nombre en letra de imprenta, padre/madre/tutor: _____

Aviso de prácticas de privacidad de Trustbridge

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso se aplica a Trustbridge, Inc. y sus subsidiarias Hospice of Palm Beach County, Hospice by the Sea, Hospice of Broward County y Harbor Palliative Care Services, Inc. Describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselo detenidamente.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, según la ley federal, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica cuáles son sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarlo.

Obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información médica que tengamos sobre usted. Para obtener una copia, póngase en contacto con el Departamento de Gestión de la información médica.• Le proporcionaremos una copia de su información médica en el plazo de 30 días desde su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable y basada en los costos de copia, franqueo, mano de obra y suministros.
Pedirnos que corrijamos su historia clínica	<ul style="list-style-type: none">• Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Para realizar este tipo de solicitud, envíe su solicitud por escrito al Responsable de privacidad de la HIPAA.• Puede que digamos “no” a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 30 días.
Solicitar comunicaciones confidenciales	<ul style="list-style-type: none">• Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa o de su oficina) o que enviemos correo a una dirección diferente. Para realizar este tipo de solicitud, envíe su solicitud por escrito al Responsable de privacidad de la HIPAA.• Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos	<ul style="list-style-type: none">• Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.<ul style="list-style-type: none">• No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si acceder afectara su atención médica.• Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito al Responsable de privacidad de la HIPAA. En su solicitud, incluya (1) la información que desea restringir; (2) cómo desea restringir la información (por ejemplo, limitar el uso a esta oficina, limitar la divulgación únicamente a personas fuera de esta oficina, o limitar ambas); y (3) a quiénes desea que se apliquen esas restricciones.• Si paga por un servicio o artículo de atención médica completamente de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con el fin de realizar pagos o nuestras operaciones con su aseguradora médica.<ul style="list-style-type: none">• Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.
Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una lista (cuenta) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha en que usted nos pregunte, con quién la compartimos y por qué. Para realizar este tipo de solicitud, envíe su solicitud por escrito al Responsable de privacidad de la HIPAA.• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una lista al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable y basada en los costos si pide otra en el plazo de 12 meses.
Obtener una copia de este aviso de privacidad	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Gestión de la información médica o con el Responsable de privacidad de la HIPAA.
Elegir a alguien para que actúe por usted	<ul style="list-style-type: none">• Si ha dado a alguien su poder notarial médico, es su sustituto de la atención médica, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.• Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que emprendamos cualquier acción.
Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos	<ul style="list-style-type: none">• Puede presentar una reclamación si cree que hemos infringido sus derechos poniéndose en contacto con la Responsable de privacidad de la HIPAA que figura en la página 2.• Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamar al 1-877-696-6775 o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS ELECCIONES

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene alguna preferencia respecto de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la posibilidad de elegir decirnos cómo:	<ul style="list-style-type: none">• Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.• Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre.• Incluir su información en un directorio de las instalaciones.• Comunicarnos con usted para iniciativas de recaudación de fondos.• Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:	<ul style="list-style-type: none">• Fines de mercadeo.• Venta de su información.• Información sensible como enfermedades contagiosas (incluidas el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] y sida), notas de psicoterapia y alcohol/drogas.
En el caso de la recaudación de fondos	<ul style="list-style-type: none">• Podemos ponernos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no volvamos a ponernos en contacto con usted.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica? Por lo general, usamos o compartimos su información médica con los siguientes fines.

Tratarlo	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén tratando. <ul style="list-style-type: none"> <i>Ejemplo: un médico que le trata le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.</i>
Dirigir nuestra organización	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar y compartir su información médica para la realización de actividades comerciales que se denominan operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen hacer cosas que nos permitan mejorar la calidad de la atención que proporcionamos, reducir los costos de atención médica, ejercer y comunicarnos con usted cuando sea necesario. <ul style="list-style-type: none"> <i>Ejemplo: utilizamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.</i>
Facturarle servicios	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. <ul style="list-style-type: none"> <i>Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.</i>

De qué otras formas podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras formas, normalmente de manera que contribuyan al bien público. Tenemos que cumplir la ley y cumplir ciertas condiciones antes de poder compartir su información para estos fines.

Ayudar con problemas de salud y seguridad públicas	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como: <ul style="list-style-type: none"> prevención de enfermedades; colaboración con el retiro de productos del mercado; notificación de reacciones adversas a medicamentos; denuncias sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica; prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.
Cumplir con la ley	<ul style="list-style-type: none"> Compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
Responder solicitudes de donación de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información médica.
Trabajar con un médico forense o director funerario	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información médica con un forense, examinador médico o director funerario cuando muere una persona.
Indemnización laboral, fuerzas del orden público y otras solicitudes gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar o compartir su información médica en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> para reclamaciones de indemnización laboral; para fines de aplicación de la ley o con funcionarios de aplicación de la ley; con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a un tribunal o a una orden administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos inmediatamente si se produce una infracción que pueda haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información salvo como se describe aquí, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE PRIVACIDAD

Amanda Tippin, Directora de Privacidad de la HIPAA | 5300 East Ave. | West Palm Beach, FL 33407 | 561.227.5123 | atippin@trustbridge.com

Sitio web de Trustbridge: www.trustbridge.com

Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de Florida

La legislación de Florida requiere que su proveedor de atención médica o su establecimiento médico reconozca sus derechos mientras recibe atención médica y que usted respete el derecho del proveedor de atención médica o del establecimiento médico a esperar ciertos comportamientos por parte de los pacientes. Puede solicitar una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de atención médica o establecimiento de atención médica. A continuación se incluye un resumen de sus derechos y responsabilidades:

1. El paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio de su dignidad individual y con protección de su necesidad de privacidad.
2. El paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a preguntas y solicitudes.
3. El paciente tiene derecho a saber quién presta servicios médicos y quién es responsable de su atención.
4. El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluso si hay disponible un intérprete en caso de que no hable inglés.
5. El paciente tiene derecho a llevar consigo a cualquier persona de su elección a las áreas accesibles para el paciente del establecimiento médico o del consultorio del proveedor para acompañar al paciente mientras recibe tratamiento hospitalario o ambulatorio, o esté consultando a su proveedor de atención médica, a menos que hacerlo ponga en riesgo la seguridad o la salud del paciente, de otros pacientes o del personal del centro o del consultorio, o que el establecimiento o proveedor no pueda hacer las adaptaciones razonables para ello.
6. El paciente tiene derecho a saber qué normas y reglamentos se aplican a su conducta.
7. El paciente tiene derecho a recibir, por parte del proveedor de atención médica, información sobre el diagnóstico, el curso previsto de tratamiento, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
8. El paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento, excepto en la medida en que la ley disponga lo contrario.
9. El paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, la información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
10. El paciente que sea elegible para Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el establecimiento médico acepta la tasa de asignación de Medicare.
11. El paciente tiene derecho a recibir antes del tratamiento, previa solicitud, una estimación razonable de los cargos por atención médica.
12. El paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura desglosada, razonablemente clara y comprensible y, previa solicitud, a que se le expliquen los cargos.
13. El paciente tiene derecho a un acceso imparcial al tratamiento médico o alojamiento, independientemente de su raza, origen nacional, religión, minusvalía física o fuente de pago.

14. El paciente tiene derecho a recibir tratamiento para cualquier afección médica de emergencia que se vaya a deteriorar si no se proporciona tratamiento.
15. El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o su negativa a participar en dicha investigación.
16. El paciente tiene derecho a expresar quejas sobre cualquier violación de sus derechos, tal y como se establece en la legislación de Florida, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o establecimiento médico que le sirvió y a la agencia estatal de otorgamiento de licencias correspondiente.
17. El paciente es responsable de proporcionarle al proveedor de atención médica, según su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
18. El paciente es responsable de notificar al proveedor de atención médica los cambios imprevistos en su enfermedad.
19. El paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si comprende un curso de acción contemplado y lo que se espera de él o ella.
20. El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.
21. El paciente es responsable de acudir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por algún motivo, de notificarlo al proveedor de atención médica o al establecimiento médico.
22. El paciente es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
23. El paciente es responsable de garantizar que se cumplan las obligaciones económicas de su atención médica lo antes posible.
24. El paciente es responsable de seguir las normas y reglamentaciones del establecimiento médico que afecten la atención y la conducta del paciente.